Nr 1 (og. zb. 29) Warszawa, marzec 1939 r. Tom VIII.

Gastrologia Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERII.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.
Administracja: Towarowa 2/4, Drukarnia „SIŁA", tel. 3.34-86.
Roczna przedpłata za tom (4 zeszyty) **zł 8.—**
Konto czekowe P. K. O. Nr 17-285.

WARSZAWA
1939

Nr 1 (og. zb. 29) **Warszawa, marzec 1939 r.** Tom VIII.

Gastrologia Polska

TREŚĆ:

Wydawca: Dr I. Grundzach. **Redaktor: Dr med. B. Wejnert**

Postępowanie dietetyczne po zabiegach operacyjnych na żołądku.*)

Podał
Dr med. ALFRED GALEWSKI.

Szanowni Panowie!

Dzięki uprzejmości Pana Profesora Wojciechowskiego mam możność systematycznego wprowadzania w życie zasad dietetyki praktycznej przed i po zabiegach operacyjnych na materiale II-giej Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. Piłsudskiego; umożliwia mnie to ocenę wartości stosowania zaleceń dietetycznych w chirurgii.

Pozwalam sobie w gronie Sz. Panów omówić dziś postępowanie dietetyczne po założeniu przetoki żołądkowej, wycięciu żołądka i zespoleniu żołądkowo-jelitowym.

Dieta w przetoce żołądkowej (gastrostomia).

D i e t a p r z e d o p e r a c y j n a. Przed operacją, mającą na celu założenie przetoki żołądkowej, należy podać kroplówkę z roztworu fizjologicznego soli, 5% cukru gronowego, poza tym za pomocą zgłębnika należy wyciągnąć zawartość żołądka, o ile to tylko jest możliwe i nie połączone z niebezpieczeństwem. W nowotworach wpustu podaje się rozcieńczony kwas solny z pepsyną (10g na 100cm³), z tego łyżeczka od herbaty na ½ szklanki

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowym Pol. Tow, Gastrologów w dniu 19 października 1938 r.

wody kilka razy dziennie. Poza tym podajemy dietę kwaśną, wodę cytrynową, płynny kompot jabłeczny, rozbite kwaśne mleko, kefir, kwaśną śmietanę, lemoniady owocowe z cukrem i zupy mączne. Pokarmy te działają hamująco na rozwój flory gnilnej.

D i e t a   p o o p e r a c y j n a. Niezbędnym warunkiem żywienia pooperacyjnego jest, aby technika założenia przetoki była bez zarzutu. Początkowo podajemy roztwór 10% cukru w 100 cm^3 wody, co 1½ do 2-ch godzin. Od drugiego dnia można podawać kakao, kawę, herbatę, mączne zupy z dodatkiem peptonu lub plazmonu (1 łyżka stołowa na 100—200 cm^3 płynu); poza tym jaja rozbite, żółtka, masło i śmietanę. W przypadkach spraw rozpadowych (nowotwory okołowpustowe) przed wprowadzeniem pokarmu należy usunąć zawartość żołądka lub nawet przepłukać żołądek roztworem kwasu solnego z pepsyną. Jeżeli stan odżywienia jest upośledzony, należy dodać do pokarmu pankreatynę, celem lepszego wykorzystania pożywienia. Mleko podajemy w niedużych ilościach, gdyż ulega ścinaniu.

Jaja należy mieszać z zupą. W niedomodze trzustki lepiej jest podawać jaja w stanie surowym, w innych przypadkach można podawać jaja gotowane.

Białko podajemy w postaci plasmonu i soku mięsnego.

Początkowo porcje nie powinny przekraczać 100 g. Pokarmy należy podawać co dwie godziny, po 8-miu dniach porcje nie powinny przekraczać 250 g, a po 2-ch tygodniach 400 g. Dietę należy ciągle zmieniać, celem pobudzenia łaknienia podaje się soki owocowe z winogron, mus jabłeczny, szpinak, marchewkę tartą, sok surowy z jarzyn, doustnie można podać słodkie wino i bulion.

Chorzy, dotknięci nowotworem przełyku, często są niedożywieni. W tych przypadkach dbać należy o pełnociepłostkową dietę (30 ciepłostek na 1 kg wagi chorego).

Przetoka żołądkowa wyłącza akt żucia i trawienie w jamie ustnej.

Dobór diety zależy od obecności kwasu solnego w żołądku. w braku kwasu solnego należy ograniczyć pokarmy białkowe i tłuszczowe.

W zwężeniu przełyku przed operacją niekiedy nie można uzyskać zawartości żołądka do badania; wydobywamy ją po zabiegu i wówczas określamy kwasotę ogólną, oraz wolny kwas solny.

Pokarm wlewany winien składać się z białka, tłuszczu, węglowodanów, witaminów oraz soli mineralnych. Dla pobudzenia czynności wydzielniczej żołądka chory powinien pokarmy dobrze żuć w ustach, a następnie wypluwać do lejka, przez który wlewa się pokarmy do żołądka. Po skończonym karmieniu wlewamy jeszcze do żołądka nieco wody przegotowanej, ewentualnie 5% roztwór sody, celem przepłukania rurki.

W obecności kwasu solnego w żołądku można podawać mleko, kawę, śmietankę, zupę z płatków owsianych, przetwory mączne, masło, żółtka, śmietanę, jaja rozbite, rosół, cukier, zupę grysikową, a z biegiem czasu purée jarzynowe, gotowane i przetarte owoce.

Żywienie przy prawidłowej kwasocie.

Godzina 8-ma: kawa mleczna (200 cm^3 mleka, 100 cm^3 śmietanki, 20 g cukru, kawa).

Godzina 10-ta: bulion, 2 żółtka.

Godz. 12-ta: zupa owsiana (20 g płatków owsianych, 40 g masła, 2 żółtka).

Godz. 14-ta: 150 cm^3 mleka, 150 cm^3 śmietanki, 2 żółtka, 50 g cukru.

Godz. 16-ta: kawa mleczna (200 cm^3 mleka, 100 cm^3 śmietanki, 20 g cukru, kawa).

Godz. 18-ta: wino z jajem.

Godz. 20-ta: zupa grysikowa, 300 cm^3 bulionu, 30 g masła, 2 żółtka.

Dieta powyższa zawiera 60 g białka, 155 g węglowodanów, 168 g tłuszczu, 2440 ciepłostek.

Żywienie przy bezkwaśności.

Godz. 8-ma: herbata z mlekiem, 100 cm^3 śmietanki, 100 cm^3 wody lub herbaty, 20 g cukru.

10 godz.: zupa owsiana (40 g płatków, 1 żółtko, 10 g masła).

12 godz.: papka mączna (200 cm^3 mleka, 5 g mąki, 30 g cukru, 10 g masła).

14 godz.: 100 cm^3 śmietanki, 20 g cukru.

16 godz.: kakao (100 cm^3 śmietanki, 30 g cukru, 10 g kakao).

18 godz.: zupa grysikowa (40 g grysiku, 1 żółtko, 10 g masła).

20 godz.: 100 cm^3 śmietanki, 20 g cukru.

(Dieta ta zawiera 230 g węglowodanów).

Niżej podajemy schemat diety według Boasa, który należy zastosować mniej więcej po 2-ch tygodniach.

I-sza porcja: 250 g mleka, 250 g wody, 40 g mąki owsianej, 30 g masła, co odpowiada 570 ciepłostek.

II-ga porcja: 2 jaja, 100 g soku owocowego, 40 g mąki owsianej, 10 g masła, 500 g wody — 510 ciepłostek.

III-cia porcja: 10 g plasmonu, 40 g grysiku, 50 g marchwi, 50 g mielonego mięsa, 500 g wody — 400 ciepłostek.

IV-ta porcja: 30 g mąki ryżowej, 250 g mleka, 30 g masła, 30 g cukru — 645 ciepłostek.

V-ta porcja: 250 cm^3 10% śmietanki, 10 g plazmonu — 335 ciepłostek.

Dieta ta zawiera 2750 ciepłostek, w tym 75 g białka.

Uwagi:

1) Jeżeli chory jest głodny i nie odczuwa pełności w żołądku, ilość pokarmów można zwiększyć.

2) Przy dolegliwościach ze strony żołądka (nieżyt) przepłukiwać żołądek słabym roztworem kwasu solnego (w nowotworze czynić to często) poza tym podawać pepsynę, pankreatynę.

3) W razie zjawienia się wymiotów odstawić tłuszcze. W razie biegunek układać dietę, zależną od charakteru procesu-fermentacyjnego czy gnilnego. W pierwszym przypadku podawać białka, w drugim węglowodany.

Przygotowanie chorego do wycięcia żołądka i zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Dobór diety przygotowawczej zależy od tego, czy mamy do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, poza tym od zawartości kwasu solnego i pepsyny w żołądku. W braku kwasu solnego w żołądku, co może mieć miejsce w nowotworze żołądka, należy płukać żołądek roztworem kwasu solnego (10 g acidi muriatici diluti na 1000 cm^3 wody). W przypadkach wrzodu żołądka nie należy płukać roztworem kwasu solnego, natomiast roztworem kwasu salicylowego w stosunku 1:500 lub 1:1000. Dieta przygotowawcza winna być papkowata (zupy mączne z masłem, soki owocowe, ocukrzone, kakao z mlekiem, do zup dodawać plazmon). W przypad-

kach bezkwasu, w których mamy na względzie odkażenie żołądka, podaje się dietę kwaśną: skłócone kwaśne mleko, lemoniadę cytrynową, zupę jabłkową, papkę ziemniaczaną z kwaśną śmietaną. Kwasy bowiem hamują gnicie, w ten sposób rozwój bakteryj ulega znacznemu zmniejszeniu, a jadowitość ich zmniejsza się. W nowotworach wrzodziejących podaje się jeszcze do wewnątrz kwas solny (acid, mur. dil) z pepsyną $\overline{aa}$ 10,0 na 100 cm^3 wody, z tego jedna łyżeczka od herbaty na szklankę wody na kwadrans przed jedzeniem.

Schemat diety kwaśnej: rano płukanie żołądka, w pół godziny potem zupa mączna z 20 g mąki, 10 g plazmonu, 10 g masła (150 ciepłostek).

II śniadanie: 250 g kwaśnego mleka (165 ciepłostek).

Obiad: zupa jabłkowa, 80 g grysiku, 20 g masła, 20 g plazmonu, do tego sos (z 50 g kwaśnej śmietany, 10 g mąki) — 700 ciepłostek. Podwieczorek: papka grysikowa z masłem, szklanka lemoniady cytrynowej (200 ciepłostek).

Kolacja: 250 g kwaśnego mleka, 2 sucharki (240 ciepłostek).

W nocy: szklanka lemoniady cytrynowej osłodzonej (100 ciepłostek). Razem: 1.550 ciepłostek.

W przypadkach, w których nie wskazana jest dieta kwaśna, np. we wrzodzie żołądka, podaje się zamiast kwaśnego mleka-zwykłe mleko, zamiast lemoniady cytrynowej-owocową, zamiast kwaśnej śmietany-zwykłą śmietanę, zamiast jabłkowej zupy-zupę mączną. Przygotowanie do zabiegu winno trwać najmniej 3 dni.

W przypadkach zwężenia odźwiernika należy dokonywać płukań żołądka i stosować dietę łatwo strawną i papkowatą. W przypadkach bezkwasu mięso jest źle znoszone i ulega gniciu. Natomiast można podawać sok mięsny, mleko, albo zupy z jajami. W tych przypadkach również stosuje się dietę kwaśną, jak wyżej.

W przypadkach zwężenia odźwiernika z obecnością dużej ilości kwasu solnego tworzą się produkty siarkowodorowe, wówczas należy usunąć jaja, podawać natomiast mięso mielone, sok mięsny, plazmon, zupy mączne, ryż, chleb i bułki.

Schemat diety: I śniadanie: szklanka kakao na wodzie, 100 g sucharków, 10 g masła.

Obiad: 100 g mielonego mięsa, móżdżku, albo kury, 100 g papki ziemniaczanej, 100 g musu jabłecznego.

Podwieczorek: 100 g bułek, 10 g masła, 125 g śmietanki.

Kolacja: 250 g owsianki, 50 g mielonego mięsa.

Dieta ta zawiera 1900 ciepłostek.

O ile mięso jest źle znoszone, należy je usunąć. Płukać żołądek należy na czczo i około godziny 9-tej wieczorem. W dniu zabiegu żołądek należy dokładnie wypłukać. W ciągu trzech dni przed zabiegiem podawać 20% glukozę w ilości 20 cm^3 dożylnie, 20% roztwór chlorku sodu w ilościach 20 cm^3, oraz preparaty wątrobowe. Na 12 godzin przed operacją lawatywa. Usta płukać wodą utlenioną. Operować najlepiej zrana i naczczo. Po operacji założyć do ust kompres z gazy wilgotnej.

Po operacjach ograniczać narkotyki, gdyż źle działają na jelita. Po zabiegu dawać gumę do żucia, celem niedopuszczenia do stanu zapalnego ślinianek.

Wycięcie żołądka.

Fizjopatologia.

Po wycięciu żołądka powstaje niedokwaśność, ponieważ usunięta zostaje powierzchnia, wydzielająca kwas solny i pepsynę. Doszczętne wycięcie żołądka usuwa zarówno znaczną część powierzchni wydzielniczej żołądka, jak również część odźwiernikową, która jest niejako stacją nadawczą pobudzającą do wydzielania soku żołądkowego. Z tego powodu powstaje z początku bezkwas przy prawidłowej czynności wydzielniczej dwunastnicy.

W zranionym podczas zabiegu żołądku błona śluzowa wydziela sok w dalszym ciągu. Według Popielskiego po operacji na żołądku psa z jednej piątej powierzchni błony śluzowej wydziela się około litra soku żołądkowego dziennie.

Po przecięciu ośrodków ruchowych zostaje utrudniony mechanicznie odpływ zawartości żołądka; dlatego też po dobie po zabiegu należy usunąć gromadzący się płyn za pomocą zgłębnika. Po wycięciu żołądka zawartość pokarmowa szybciej przechodzi przez zespolenie do jelita cienkiego, jednakowoż po kilku tygodniach zdolność magazynowania i wydzielnicza żołądka wracają do normy. Wypadnięcie funkcji magazynowania i szybkie opróżnianie się pokarmów wymaga podawania mało objętościowych i technicznie odpowiednio przygotowanych potraw.

Po wycięciu żołądka znika bodziec do wydzielania soku trzu-

stkowego i żółci, co odbija się niekorzystnie na trawieniu pokarmów białkowo-tłuszczowych. Z punktu widzenia fizjologii trawienia lepsze wyniki daje połączenie żołądka z dwunastnicą, ponieważ w tym przypadku pokarm miesza się odrazu z sokiem trzustkowym i żółcią. Istotnie po operacji R y d y g i e r a (połączenie żołądka z dwunastnicą) sok trzustkowy i żółć mieszają się odrazu z zawartością pokarmową, która pozostaje na dłuższy czas w dwunastnicy; z biegiem czasu dwunastnica ulega rozszerzeniu i tworzy jedną całość z resztą żołądka. Ten moment pozwala na wcześniejszy dowóz tłuszczu; piątego dnia po zabiegu można podać 10 g masła do pokarmu. Po operacji metodą B i l l r o t a, R e i c h e l-P o l y a, F i n s t e r e r a, który miał na myśli wycięcie żołądka z pozostawieniem wrzodu, którego nie można wyciąć ze względów technicznych np. leżącego nisko, albo też pozostającego w zrostach z wątrobą i trzustką, M a d l e n e r a (wrzód żołądka na małej krzywiźnie wysoko), przypływ soku trzustkowego i żółci jest nieco opóźniony. W tych przypadkach ograniczamy podawanie tłuszczów, z chwilą gdy zjawia się zdolność wydzielnicza, dietę powoli rozszerzamy.

Doświadczenie kliniczne uczy, iż układanie diety po wycięciu żołądka daje gorsze wyniki przy jednoczesnej niedomodze trzustki. Wówczas należy podawać kwas solny, który wywołuje wydzielanie soku trzustkowego, poza tym pepsynę i pankreatynę. Biorąc pod uwagę dane powyższe, stwierdzić należy, że po całkowitym wycięciu żołądka najlepiej są znoszone węglowodany, gorzej tłuszcze, a najgorzej białko, zwłaszcza mięso. Również mleko bywa źle znoszone, jak również jarzyny zielone, które muszą być odpowiednio przygotowane.

Po wycięciu żołądka należy ograniczać podawanie tłuszczów, które wyzwalają odpływ żółci i soku trzustkowego do żołądka, co prowadzi do wymiotów, zwłaszcza wówczas, o ile żołądek jest mały. Duże ilości tłuszczów nie ulegają strawieniu, przechodzą do jelit, powodując biegunkę. Z tłuszczów najlepiej podawać żółtko i śmietankę. Żółtko pobudza wydzielanie soku żołądkowego oraz, jako zawiesina naturalna, łatwo ulega, wchłonięciu w jelitach cienkich. Białko podajemy mniej więcej około 6-go, 7-go dnia, w postaci plazmonu, peptonu, mleka, traktowanego podpuszczką, trypsyną lub pankreatyną. Mięso po rezekcji żołądka podajemy po 6—8 tygodniach. Jeżeli rezekcja spowodowana jest wrzodem żołądka, wów-

czas unikamy wyciągów mięsnych, natomiast podajemy galaretki mięsne lub mięso odpowiednio przygotowane, duże ilości białka od 80-100 g na dobę (jaja, ser).

Dobór diety zależy od wielkości reszty żołądka, dlatego też w przeciągu dwóch tygodni pokarmy objętościowo nie powinny przekraczać 150—200 g ze względu na trwałość szwów.

Po wycięciu żołądka można podawać soki owocowe, zwłaszcza z surowych gruszek i winogron, ponieważ zawierają dużo fermentów, niezbędnych dla trawienia. Chory po wycięciu żołądka musi jeść powoli, aby soki jelitowe miały czas na wydzielanie się. Mniej więcej po 3-ch miesiącach trawienie ulega poprawie, gdyż zastępczo działają jelito cienkie i trzustka. Wtenczas w okresie tym podajemy dietę, zbliżoną do prawidłowej. W tym że czasie czynność wydzielnicza oraz magazynowanie pokarmów wracają do normy, z tego powodu dietę rozszerzamy przez stopniowe dodawanie białka i tłuszczów.

Jeżeli po zabiegu zjawiają się biegunki na tle wadliwej fermentacji pokarmów, niektórzy radzą ostrożnie przepłukiwać żołądek, podawać zupy z dodatkiem żelatyny, plazmonu, poza tym kakao, wino czerwone, napar z borówek, herbatę z sacharyną, natomiast mleko i cukier usunąć, a płyny doustnie ograniczyć. Jeżeli, mimo stosowania diety, w dalszym ciągu są zaburzenia żołądkowe, należy myśleć o mechanicznej przeszkodzie (obrzmienia na szwach), lub o stanach zapalnych wzgl. nieżytach żołądka.

Zasadniczo po wycięciu żołądka należy podawać pokarmy węglowodanowe, umiarkowanie tłuszcz, a białko należy jak najdalej ograniczyć, o ile podstawowym cierpieniem nie był wrzód żołądka.

Pokarm węglowodanowy (owsianka, jęczmień albo ryż) winien być gotowany w wodzie bardzo długo (2—3 godziny), po tym należy przepuścić przez sitko.

W dniu operacji: lawatywa do kiszki prostej z 5% cukru gronowego w ilości 1-go do 1½ litra, lub roztworu fizjologicznego soli, w ilości 1—1½ litra, ewentualnie glukozę lub sól podać podskórnie.

Pierwszego dnia po operacji: to samo.

Drugiego dnia: rumianek, herbata słodzona z 15 g cukru.

Trzeciego i czwartego dnia: 1 śniadanie: herbata, 15 g cukru sucharek wymoczony.

II śniadanie: zupa z owsianki, ryżu, jęczmienia.

Obiad: zupa z owsianki, ryżu, jęczmienia.

Podwieczorek: herbata, 15 g cukru, sucharek.

Kolacja: zupa z owsianki, ryżu, jęczmienia.

Dieta ta zawiera 10 g białka, 2,5 g tłuszczu, 115 węglowodanów, 500 ciepłostek.

V-go dnia:

I śniadanie: herbata, 15 g cukru, 2 sucharki.

II śniadanie: zupa owsiana, ryżowa lub jęczmienna.

Obiad: zupa owsiana, ryżowa lub jęczmienna, papka z mondaminy.

Podwieczorek: herbata, 15 g cukru, 2 sucharki.

Kolacja: zupa owsiana albo ryżowa, sucharek moczony, papka grysikowa. Dieta zawiera 30 g białka, 20 g tłuszczu, 20 g węglowodanów, 1.250 ciepłostek.

VI-go dnia.

I śniadanie: herbata, 15 g cukru, 20 g chleba białego bez skóry.

II śniadanie: zupa owsiana, ryżowa.

Obiad: zupa ryżowa, owsiana, przetarta jarzyna, budyń grysikowy.

Podwieczorek: herbata, 15 g cukru, 30 g chleba białego bez skóry.

Kolacja: zupa owsiana, ryżowa, 20 g chleba białego bez skóry.

Dieta ta zawiera 36 g białka, 25 g tłuszczu, 250 g węglowodanów — 1.450 ciepłostek.

VII-go dnia.

I śniadanie: herbata, 15 g cukru, 30 g chleba białego.

II śniadanie: zupa owsiana, ryżowa, 20 g chleba białego.

Obiad: zupa owsiana, ryżowa, marchew, szpinak przetarty, papka ziemniaczana, budyń mączny, z tapioki, ryżu, albo czekoladowy, 30—40 g peptonu lub plasmonu.

Podwieczorek: herbata, 15 g cukru, 30 g chleba białego, ser.

Kolacja: zupa owsiana, ryżowa, jęczmienna, papka ziemniaczana, budyń mączny, sucharki.

Dieta ta zawiera 36 g białka, 25 g tłuszczu, 250 g węglowodanów — 1.450 ciepłostek.

VIII-go dnia.

I śniadanie : herbata, 15 g cukru, 30 chleba białego, 5 g masła.

II śniadanie: zupa owsiana, ryżowa, 20 g chleba białego.

Obiad: jarzyny przetarte, kompot.

Podwieczorek: herbata, 15 g cukru, 30 g chleba białego, 5 g masła.

Kolacja: zupa owsiana, ryżowa, kluski z grysikiem, kompot, 20 g chleba białego. Dieta ta zawiera 68 g białka, 50 g tłuszczu, 450 g węglowodanów — 2600 ciepłostek.

IX-go dnia:

I śniadanie: kakao, 20 g cukru, 30 g chleba białego, 5 g masła.

II śniadanie: zupa owsiana, ryżowa, 20 g chleba białego.

Obiad: jarzyny przetarte, kompot, naleśniki, omlet zawijany, kluski, biszkopt.

Podwieczorek: kakao, 20 g cukru, 30 g chleba białego, 5 g masła.

Kolacja, zupa owsiana, jarzyna przetarta, 30 g chleba białego.

Dieta ta zawiera 70 g białka, 40—50 g tłuszczu, 480 g węglowodanów. — 2700 ciepłostek.

Chory po wypisaniu ze szpitala lub kliniki winien otrzymać dietę w zależności od podstawowego cierpienia. Gdy operacja spowodowana była wrzodem żołądka-przeciwwrzodową, celem niedopuszczenia do ewentualnych nawrotów choroby.

Dieta po zespoleniu żołądkowo-jelitowym.

Fizjopatologia.

W warunkach prawidłowych po zespoleniu żołądkowo-jelitowym zawartość żołądka winna kierować się do odprowadzającego odcinka przyszytego jelita, a żółć i sok trzustkowy winny dostawać się do pętli odprowadzającej przez otwór zespoleniowy, nie wchodząc do żołądka. Część zawartości dwunastnicy może dostawać się do żołądka, główna natomiast jej część winna przechodzić do odcinka odprowadzającego. Zespolenie żołądkowo-jelitowe najlepiej robić tylne, gdyż przednie częściej daje powiłania. Z pomiędzy różnych powikłań wspomnieć należy o tzw. „circulus vitiosus“, powikłanie wywołane nieprawidłowym działaniem zespolenia.

Jeżeli mamy do czynienia z „circulus vitiosus“, zawartość żołądka przedostaje się, zamiast do pętli odprowadzającej, do pętli doprowadzającej jelita cienkiego. Stamtąd, o ile to jest możliwe, wraca przez odźwiernik do żołądka, lub też w razie całkowitej niedrożności odźwiernika, częściowo z powrotem przez zespolenie. W odcinku jelita doprowadzającego pomiędzy zespoleniem, a odźwiernikiem gromadzi się zawartość. Pętla obciążona, zwisając w dół, powoduje przegięcie i zamknięcie zespolenia. W ten sposób powstaje niedrożność, żołądek ulega rozciągnięciu i nie opróżnia swej zawartości, co daje ograniczone wygórowanie w dołku podsercowym. Chory ustawicznie wymiotuje i wkrótce ginie.

Zespolenie żołądkowo-jelitowe może również okazać się nieczynne w przypadkach bardzo dużego żołądka, w którym zawartość zalega w workach zwisających po obu stronach zespolenia, zwłaszcza zaś w worku znajdującym się pomiędzy zespoleniem a odźwiernikiem. Przyczyny „circuli vitiosi“ są następujące: 1. długa pętla, 2. częsty powód tworzenia się „circuli vitiosi“ dają t.zw. „ostrogi“. Jest to zagięcie przyszytej pętli jelitowej pod kątem ostrym. Z obu odcinków, zarówno doprowadzającego, jak i odprowadzającego, przylegających ściśle do siebie, wytwarza się cienka przegroda, wpuklająca się swym górnym brzegiem do wnętrza żołądka. Wskutek wystawania tej „ostrogi kiszkowej“ zawartość żołądka nie może dostać się do odcinka odprowadzającego, gdyż wszelkie zwiększenie ciśnienia w żołądku będzie wpływać na tym silniejsze przywieranie ostrogi do przeciwległego brzegu otworu wyjściowego. Powodem takiego zamykania się pętli jelitowej jest nieprawidłowe przymocowanie jelita do ściany żołądka. Z pomiędzy innych powikłań po zespoleniu należy wspomnieć o wrzodzie trawiennym żołądkowo-jelitowym zespolenia. Przyczyną wrzodu jest wzmożona siła trawienna soku żołądkowego. Chcąc uniknąć tworzenia się wrzodów jelita cienkiego, należy dążyć do tego, aby opróżnianie żołądka nie napotykało przeszkód. Pod tym względem bardziej racjonalnym sposobem będzie przyszywanie pętli jelitowej nie do przedniej, lecz do tylnej powierzchni żołądka. W ten sposób wytworzą się warunki, sprzyjające szybszemu opróżnianiu się żołądka. Poza tym otwór zespolenia powinien być dostatecznie duży, zeszycie śluzówek żołądka i jelita bardzo dokładne.

Doświadczenie kliniczne uczy, że po zespoleniu żołądkowo-

jelitowym pokarm węglowodanowy jest dobrze znoszony. Na skutek dopływu soku trzustkowego do żołądka trawienie skrobi w żołądku jest lepsze z powodu obecności zaczynu trzustkowego. Trawienie tłuszczu po zespoleniu jest upośledzone naskutek złego mieszania się pokarmu z sokiem żołądkowym i szybkiego opróżniania się żołądka. Do tego dochodzi jeszcze słabe zmydlanie się tłuszczów przy pomocy żółci.

Z biegiem czasu jednak po założeniu zespolenia trawienie tłuszczu ulega poprawie.

Według Molnara po pewnym czasie następuje wzmożenie wydzielania się w jelitach lipazy; dlatego też po zespoleniu najlepiej podawać tłuszcz w postaci naturalnej emulsji, a więc żółtka jaja i śmietanki.

Trawienie białka może być prawidłowe w obecności kwasu solnego w żołądku, co ma miejsce we wrzodzie. Z tego powodu mięso, odpowiednio przygotowane, można podać 12-go dnia. Gorsza jest sprawa, o ile w żołądku brak jest kwasu solnego, a trzeba założyć zespolenie. Bezkwaśny sok żołądkowy nie pobudza wówczas wydzielania soku trzustkowego. Nie należy się dziwić, że po zespoleniu z powodu nowotworu żołądka wykorzystanie białka bywa po zabiegu gorsze, niż przed operacją. Czynność trawienną można poprawić, podając kwas solny, kwasy organiczne. Trawienie białka po zespoleniu przejmuje trypsyna jelitowa, dlatego też po 2-ch tygodniach, jak wyżej wspomniałem, można podawać gotowane mięso (we wrzodzie), a wyciągi mięsne w nowotworze. Należy zaznaczyć, że po zespoleniu w bezsoczności wyniki trawienne bywają dobre, o ile czynność wydzielnicza trzustki jest zachowana.

Po zespoleniu żołądkowo-jelitowym powierzchnia, wydzielająca kwas solny, jest nienaruszona, wydzielanie więc kwasu solnego pozostaje takie, jakie bywa przed operacją, jedynie tylko po zabiegu kwasota żołądka obniża się, na skutek spływania soku żołądkowego przez zespolenie. Zdolność magazynowania płynów jest mała podobnie, jak po wycięciu żołądka. Pokarm papkowaty w tych przypadkach lepiej bywa magazynowany.

Żywienie.

Żywienie po zespoleniu żołądkowo-jelitowym zależy od tego, jaka była poprzedzająca choroba, wrzód, czy nowotwór żołądka.

Dieta po zesp. ż. j. z powodu wrzodu żołądka:

I-go dnia dieta absolutna. Kroplówka z 5% cukru gronowego lub roztworu fizjologicznego soli, ewentualnie płyny te można podać podskórnie.

II-go dnia: ½ litra śmietanki, szklanka mleka.

III-go dnia: 3 szklanki śmietanki, 2 szklanki mleka.

IV-go dnia: do tego dochodzi zupa mączna, 5 g masła.

V-go dnia: do tego dochodzą 2 sucharki.

VI-go dnia: do tego dochodzą: 4 sucharki, kakao, grysik, mus jabłeczny.

VII-go dnia: do tego dochodzi zupa z grysiku albo ryżu.

VIII-go dnia: białko jaja, 40 g chleba bez skórki, 10 g masła, kasze na mleku, papka ziemniaczana, marchewka, buraczki przetarte.

IX-go dnia: omlet, budyń, 60 g białego chleba bez skórki, 20 g masła, przetarte jarzyny (ziemniaki).

X-go i XI-go dnia: kluski, 80 g chleba, 30 g masła.

XII-go dnia: do tego dochodzi mięso mielone, 50 g masła na dobę.

Po zespoleniu ż. j. należy podawać niewielką ilość tłuszczów. Tłuszcz przez tych chorych bywa źle znoszony. Pokarmy należy podawać co dwie godziny. Papki podajemy z początku mondaminową, po tym grysikowa, po tym z tapioki, a nakoniec z ryżu. Z jarzyn najprzód marchewkę, po tym buraki, po tym ziemniaki. Z mięsa najprzód gotowaną kurę, po tym cielęcinę, a nakoniec móżdżek, jako zawierający większą ilość tłuszczu. Z omletów i budyniów z początku z grysiku, potem z tapioki, a na koniec z ryżu. Zupy zaprawiać jajem, albo plazmonem, a nie masłem.

Bardzo często, zarówno u chorych operowanych z powodu wrzodu albo nowotworu po zespoleniu powstają nieżyty nadkwaśne żołądka, nierzadko niedokwaśne, albo bezkwaśne.

Podawanie mięsa uzależniamy od obecności indykanu w moczu. Przy silnej indykanurii usunąć mięso, podawać natomiast twaróg i jaja. Gdy indykanuria znika, mięso można podawać.

Dieta po zespoleniu żołądkowo-jelitowym z powodu nowotworu żołądka.

Dieta w tych przypadkach jest podobna do diety, która stosuje się po wycięciu żołądka p. w.

W dniu operacji kroplówka z 5% cukru gronowego w ilości 1-go do $1^1/_2$ litra, lub roztworu fizjologicznego soli.

Pierwszego dnia po operacji: herbata słodzona z 15 g cukru.

Drugiego, trzeciego dnia: herbata z 15 g cukru, sucharki moczone, zupa z owsianki, ryżowa.

Czwartego dnia: do tego dochodzi kasza grysikowa, albo ryżowa.

Piątego dnia: do tego dochodzi 70 g chleba białego bez skórki, przetarte jarzyny.

Szóstego dnia: do tego dochodzi papka ziemniaczana, budyń z ryżu.

Siódmego dnia: kluski z grysiku, kompot z przetartych jabłek.

Ósmego dnia: kluski, omlet, kakao, rosół.

Mleko i jaja mogą być podawane po dwóch tygodniach, mięso mielone, odpowiednio przygotowane po 2-ch miesiącach.

Powikłania pooperacyjne.

Wymioty: Pierwszym powikłaniem po operacji na żołądku są wymioty. Należy odróżnić 2 rodzaje wymiotów: wczesne, (występujące zaraz po operacji, kiedy ustrój nie przyjmuje żadnych pokarmów); są one wynikiem uśpienia, hiperazotemii, hipochloremii lub acetonemii, zawierają często żółć i krew. Późne zaś są następstwem błędów dietetycznych. Jeżeli pomimo odpowiedniej diety, wymioty nadal się utrzymują, są one dowodem zatrzymania produktów toksycznych w żołądku, co zdarza się przede wszystkim po zespoleniu żołądkowo-jelitowym w rozpadającym się nowotworze, albo po wycięciu żołądka z powodu nowotworu. Wymiotom może towarzyszyć biegunka. Niekiedy przyczyną wymiotów może być podrażnienie otrzewnej. Z innych przyczyn, powodujących wymioty, należy wymienić przeszkody, utrudniające opróżnianie się żołądka, jak zwężenie późne otworu zespoleniowego, zrosty pooperacyjne, wrzód trawienny jelita czczego. Wreszcie wymioty mogą być pochodzenia nerwowego, spowodowane nadmierną wrażliwością ośrodka wymiotnego (u histeryków i na początku ciąży). Przy wczesnych wymiotach stosować głodówkę, doobytniczo 5% cukier gronowy, względnie roztwór fizjologiczny soli kuchennej, stopniowo podajemy doustnie płyny. Przy wymiotach póżnych

również stosujemy głodówkę 1—2 dniową, poza tym kroplówki i ewentualnie dożylnie 10% roztwór cukru gronowego lub chlorku sodu w ilości 20 cm³. Gdy to nie pomaga, spróbować płukanie żołądka z ewentualnym pozostawieniem cienkiej sondy na kilka godzin (przez nos). Podawanie pokarmów doustnie rozpoczynamy od podawania wody słodzonej, soków owocowych, jako lepiej działających na procesy rozpadowe, niż środki odkażające.

Przy podrażnieniu jelit usuwamy mleko, podając przetwory mączne. Jeżeli wymioty nie ustępują, należy wstrzyknąć podskórnie skopolaminę w dawce po 0,0002 1—2 razy dziennie.

Biegunki.

Chirurgów interesują biegunki wczesne, internistów zaś późne.

Biegunki bywają gnilne lub fermentacyjne. Pierwsze powstają z powodu rozkładu pokarmów białkowych, drugie węglowodanowych. Po operacji częściej powstają biegunki gnilne z tego powodu, iż nie podajemy w ogóle pokarmów. Węglowodany są szybko wchłaniane, dzięki czemu nie ma materiału do fermentacji. Ten moment sprzyja rozwojowi bakteryj gnilnych. Kał gnilny jest bardziej ciemny, odczyn ma alkaliczny, spoistość płynną, zapach gnilny, indykan w moczu bywa dodatni. Kał fermentacyjny jest barwy jasno-żółtej, odczyn ma mocno kwaśny, spoistość papkowatą. Próba fermentacyjna w stolcu wypada dodatnio.

Żywienie. Jeżeli po operacji zjawia się biegunka, zalecamy okres głodowy, po tym dietę przeciwbiegunkową (herbata słodzona, mus jabłeczny, soki owocowe świeżo wyciśnięte, jabłko kwaskowate roztarte z kilkoma kroplami soku cytrynowego. Po tej diecie indykanuria znika szybko, po dwóch dniach podajemy sucharki, zupy mączne, ryż, jaja, a następnie dietę, jak po wycięciu żołądka.

Dieta w biegunkach późnych. Jeżeli biegunki trwają miesiąc lub dłużej po zabiegu, należy myśleć o schorzeniu jelit. Godzi się zaznaczyć, iż jelito po zabiegu łatwiej reaguje na błędy dietetyczne, niż zdrowe. Późne biegunki po zabiegu często mają charakter fermentacyjny, jednak w przypadkach zrostu, lub częściowego zagięcia jelit mogą powstać biegunki gnilne, ponieważ produkty rozpadu powstają nad przeszkodą. W zależności od rodzaju biegunki układamy następujące diety.

Schemat diety przy fermentacji.

I-go dnia: herbata czysta lub z sacharyną.

II-go dnia: herbata czysta, bulion mięsny.

III-go dnia to samo lub galaretka mięsna.

Galaretka z bulionu. Bulion z kury z pianą jaja przepuścić przez gazę. Przygotować żelatynę (1½ listka na 100 cm^3 bulionu), rozpuścić w małej ilości gorącej wody, przepuścić przez sitko, wlać do bulionu, masą napełnić formę i postawić na oknie.

IV-go dnia: to samo i potrawa z jaj.

V-go dnia: to samo, chleb biały, grzybek, wyciąg mięsny.

VI-go dnia: to samo, potrawa mięsna, potrawa bulionowa.

VII-go dnia: do tego dochodzi herbata z 2 łyżkami stołowymi mleka, 10 g masła.

VIII-go dnia: do tego dochodzi przetarta marchewka albo szpinak.

IX-go dnia: do tego dochodzi 40 g chleba białego albo sucharków, 10 g masła, 10 g cukru, herbata.

Stopnowo przejść do zwykłej diety.

Dieta przy gniciu.

W ciągu pierwszych 5-ciu dni stosuje się dietę, jak po wycięciu żołądka. Poza tym jeden dzień cukrowy, 150 g cukru kostkowego z herbatą, co 2 godziny.

Zaparcia.

Jeżeli po zabiegu operacyjnym zdarzają się zaparcia (po 5-ciu dniach) wówczas stosujemy cukier mleczny naczczo na ½ godziny przed jedzeniem w ilości 20—40 g w szklance wody, albo też lawatywy ze 100 g gliceryny w 100 cm^3 wody, lub czopki glicerynowe, a z diety zupę z mąki żytniej lub przetarte wysuszone śliwki.

Jeżeli zaparcia powstają na skutek zrostów, wówczas pomaga jedynie zabieg operacyjny.

Czkawka pooperacyjna.

Przy zwalczaniu czkawki pooperacyjnej należy uwzględnić jej przyczynę, zakaźną, toksyczną, mocznicę, zapalenie otrzewnej. Z początku należy kłaść lód na brzuch, środki lekko uspaka-

jające, jak brom, walerianę; gdy to nie pomaga, spróbować wstrzykiwania morfiny 1% 3—4 razy dziennie, kokainy 1%—2% (cocaini muriatici 0,2, aquae destilat. 10,0 2—3 razy dziennie lub calcium chloratum 5—10 cm³ 10%, albo następującą mieszankę: aquae chloroformii, 1 cm³ chloroformu, 200 cm³ wody, cocaini hydrochlorici, 0.2, co 2—3 godziny łyżka. W wyjątkowych przypadkach niektórzy radzą obnażyć nerw przeponowy, zamrozić go lub przeciąć.

Ostra rozstrzeń żołądka i jelit (Gastroplegia, enteroplegia).

Przyczyną porażenia żołądka bywa uśpienie oraz rękoczyny na samym żołądku. Ośrodki regulujące perystaltykę żołądka ulegają wówczas porażeniu. Żołądek po narkozie nie oddaje gazów. Duże wydzielanie soku żołądkowego, brak wchłaniania prowadzi do rozdęcia, zwłaszcza kiedy wpust i odźwiernik zostają zamknięte. Żołądek przyjmuje wówczas postać balonu, tym bardziej, o ile chory pije. Przepełniony żołądek uciska na dwunastnicę, która przesuwa się do kręgosłupa, albo miednicy małej. Wymioty nie mają nigdy charakteru kałowego, bywają krwawe, ponieważ spowodowane są zastojem żylnym, albo rozerwaniem śluzówki z powodu rozciągnięcia ścian żołądka.

Leczenie.

W przypadkach ostrej roztrzeni żołądka należy opróżnić i przepłukać żołądek zimną wodą, ewentualnie pozostawić zgłębnik, założony przez nos, na kilka lub kilkanaście godzin, wówczas można podawać płyny.

Cukier gronowy i roztwór soli fizjologicznej podawać w kroplówce lub podskórnie. Stężone roztwory cukru gronowego soli kuchennej (10—20%) podawać dożylnie. Zastosować okład ciepły na brzuch, poza tym, zwłaszcza w porażeniu jelit przysadkę tylną podskórnie lub domięśniowo, albo pituitrol podskórnie, niektórzy radzą stosować physostigminum muriaticum 0,01 na 10,0 podskórnie ½ cm³ 2—3 razy dziennie, prostigminę w roztworze 20 cm³ 10% soli kuchennej dożylnie, bez soli kuchennej podskórnie lub domięśniowo, jednocześnie wprowadza się zgłębnik do żołądka i krótką rurkę do odbytu, inni podają atropinę (Atropini sulphurici 0,01 : 10,0) 1 cm³ podskórnie, perystaltynę po ½ g w ampułce.

Wrzód trawienny jelita czczego.

Wrzód trawienny jelita czczego powstaje, między innymi, z powodu dużej ilości kwasu solnego w żołądku i nieodpowiedniej diety, powstaje on w miejscu zespolenia i w okolicy naprzeciwko zespolenia. W diecie należy usunąć pokarmy ciężko strawne, zwłaszcza te, które pobudzają wydzielanie kwasu solnego. Unikać dużych kęsów. Białko należy podawać w ilościach 80—100 g dziennie w postaci mięsa, ryby i jaj. W razie dolegliwości należy podać dietę płynną lub papkowatą. Chory winien dobrze żuć, nie używać alkoholu i palenia. Żółć i sok trzustkowy nie mają dodatniego wpływu na gojenie się wrzodu jelita czczego, jak to przypuszczano dawniej, ponieważ soki te, dostając się do żołądka np. przy „circulus vitiosus", powodują wydzielanie kwasu solnego. Chorych, cierpiących na wrzód jelita cienkiego, lepiej jest oddać szybko w ręce chirurga.

Jeżeli po zespoleniu żołądkowo-jelitowym, zwłaszcza pozaokrężnicowym chory chudnie, a w kale znajdują się zupełnie niestrawione pokarmy, wymiociny mają charakter kałowy, wówczas trzeba myśleć o powikłaniu w postaci przetoki żołądkowo-jelitowo-poprzeczniczej. W tych przypadkach dieta nie pomaga, chorego trzeba oddać w ręce chirurga.

W niniejszym referacie pominąłem szczegółowe sposoby przyrządzania potraw, które Sz. czytelnicy znajdą w podręczniku pod tytułem „Dietetyka w chirurgii".

Zagadnienie, które poruszyłem w gronie Sz. Kolegów, jest doniosłej wagi, ponieważ odpowiednie żywienie chorego po operacji ma takież znaczenie jak sterylizacja rąk i narzędzi przed zabiegami.

Z Zakładu Rozpoznawczo-Leczniczego w Warszawie, Al. Jerozol. 41

O WARTOŚCI KLINICZNEJ PRÓBY FREUND-KAMINERÓWNY W RAKU PRZEWODU POKARMOWEGO.

Podali
Dr W. RÓBIN i Dr S. JEDWAB.

(Odczyt wygłoszony w Pol. Tow. Gastorolog. 21.XII.1938 i w Pol. Tow. Medycyny Społ. 30.I.1939).

Spośród licznych metod rozpoznawczych, którymi diagnostyka nowotworów złośliwych starała się dotychczas posługiwać, coraz bardziej na znaczeniu zyskują te odczyny, które opierają się na stwierdzeniu swoistych dla choroby rakowej zaburzeń przemiany materii.

U chorych rakowych udało się bowiem stwierdzić tak wielką ilość stałych odchyleń w przemianie materii w porównaniu z ustrojami normalnymi, że upoważnieni jesteśmy na podstawie już dotychczasowych badań do mówienia o specjalnej patofizjologii choroby rakowej.

Niezależnie więc od budowy histologicznej nowotworów złośliwych, stwierdzamy u chorych tych podniesienie glikemii na czczo, wzmożenie produkcji glikogenu i kwasu mlekowego — jako główne odchylenie w przemianie węglowodanowej. Zmiana peptonów, polipeptydów i albumoz, zwiększone wydalanie kwasów oxyproteinowych, indolu i skatolu w przemianie białkowej. Dalej spostrzegamy zwiększenie lipoidów przy zmniejszeniu zaczynów rozkładających tłuszcze, a wskaźnik cholesterynowo-lecytynowy przesunięty na korzyść cholesteryny. *Paracolibacterium* Freunda ma prowadzić do produkcji nienasyconych kwa-

sów tłuszczowych i wzmożonych procesów fermentacji węglowodanowych. Wspomniane wyżej ciała okazały się czynnikami rakotwórczymi (zwiększenie glikogenu, indolu, skatolu, a w szczególności cholesteryny). Wspomnieć też należy o badaniach Cook'a, który przy poszukiwaniu ciał rakotwórczych napotkał na niezwykle czynne ciało metylcholantren, które otrzymał *in vitro* z kwasów żółciowych i cholesteryny, oraz o badaniach Christianiego, który wykazał we krwi chorych na raka związek o dużym znaczeniu — cholesterynbutyrat. Widzimy więc, jak daleko poza ramy nowotworu i jego przerzutów rozszerza się pojęcie choroby nowotworowej, wkraczając w ogólną dziedzinę przemiany materii; a poznanie ilościowych i jakościowych przesunięć pozwala na szerszy wgląd w istotę choroby nowotworowej i na wyprowadzenie wniosków praktycznych.

Spośród całego szeregu odczynów rakowych, których ugruntowaniu niejeden badacz szmat życia poświęcił, przetrwał do dziś dnia właściwie tylko odczyn F. K., ogłoszony już w r. 1910. Prof. Freundowi przypisać należy główną zasługę systematycznych badań nad związkiem, jaki zachodzi między chorobą rakową a zaburzeniami przemiany materii. Stwierdzenie tych zaburzeń, według Freunda, pozwala w dużej mierze wyrokować o obecności lub nieobecności nowotworu złośliwego.

Na czym tedy polega odczyn F. K.? Podstawą jego są dwa zasadnicze zjawiska: 1) W ustrojach, nie chorujących na nowotwór złośliwy, istnieje ciało, określone przez Freunda jako „kwas normalny", posiadające właściwość rozpuszczania komórek nowotworowych. Substancja ta jest obecna w całym ustroju, w jego tkankach, sokach, wydalinach. W dużych ilościach zawarta jest w grasicy, łatwo też wykrywalna w kale i surowicy. Z zanikiem grasicy, w miarę starzenia się ustroju, zmniejsza się wyraźnie ilość tego „kwasu normalnego" w ustroju. Wpływy miejscowe na tkankę w postaci drażnienia (smoła), promienie X, miejscowe przewlekłe stany zapalne zmniejszają w danym miejscu ilość kwasu normalnego, stwarzając warunki sprzyjające powstawaniu nowotworów złośliwych — określone są one przez Freunda jako miejscowe usposobienie do nowotworu złośliwego.

2) W ustrojach chorych na nowotwór złośliwy wytwarza się pod wpływem wadliwej przemiany materii ciało, określone przez Fr. jako „kwas rakowy" (jakoby kwas dwukarbonowy nienasycony), wchodzący w skład ciał, tworzących komórki rakowe. Ten „kwas rakowy" chroni *in vitro* komórki nowotworu od rozpuszczającego działania wyżej wspomnianego kwasu normalnego. Kwas rakowy powstaje pod wpływem zmienionej pałeczki okrężnicy (*Paracolibact.* Fr.) w jelitach z tych samych produktów, z których w przypadkach nowotworowych powstaje kwas normalny. Kwas rakowy w połączeniu z globulinami, węglowodanami tworzy kompleksy, służące dla budowy komórki rakowej. Kwas ten może krążyć w ustroju i nie być szkodliwym. Jeżeli jednak w ustroju istnieją miejsca, pozbawione kwasu normalnego (np. wskutek przewlekłego drażnienia), to w miejscu tym komórki zatracają zdolność prawidłowego doboru środków odżywczych, wchłaniają kwas rakowy i zaczyna się tworzenie tkanki nowotworowej. Ochronne właściwości kwasu rakowego polegają na tym, że z komórkami rakowymi tworzy zespoły, nie podlegające cytolizie kwasu normalnego.

W tym miejscu podkreślić należy swoistość w przypadkach raków i mięsaków, i tak np. przesącz kałowy z przypadków rakowych tworzy związki nierozpuszczalne tylko z komórkami rakowymi, a z przyp. mięsaka tylko z komórkami mięsaka. Według Freunda i Kaminerówny nowotwór złośliwy może powstać jedynie tylko w przypadku równoczesnego zaistnienia dyspozycji miejscowej (polegającej na braku kwasu normalnego w danym miejscu) i ogólnej, uwarunkowanej obecnością i krążeniem w ustroju kwasu rakowego (jako produktu swoistej wadliwej przemiany materii).

Każdy z wymienionych powyżej stanów (brak kwasu normalnego lub obecność kwasu rakowego) może istnieć oddzielnie i znajdować się przez czas dłuższy w ustroju, nie powodując jeszcze powstania nowotworów, a stanowiąc tylko dyspozycję miejscową, względnie ogólną.

Zasadą odczynu F. K. są zjawiska rozpuszczania lub nierozpuszczania komórek nowotworowych przez surowicę lub przesącz kałowy. W tym celu przeprowadzić należy tzw. odczyn rozpuszczania, mający wskazać na obecność lub brak kwasu

normalnego, określający zatem ewentualną dyspozycję miejscową, odpowiadając w ten sposób na pierwszą przesłankę teoretyczną Freunda (patrz tabela I) oraz wykonać odczyn tzw. „ochronny“ (patrz tabela II), polegający na tym, że kał nowotworowy, dodany do surowicy normalnej, hamuje cytolizę w myśl poprzednich wywodów, przy czym komórki substancji z kału chorego na raka łączą się tylko z komórkami rakowymi, zaś od chorego na mięsaka łączą się tylko z komórkami mięsaka, wykazując wspomnianą powyżej swoistość. W ten sposób odczyn ten stwierdza obecność lub brak kwasu rakowego, określając ewentualną dyspozycję ogólną i uzupełniając drugą przesłankę konieczną w myśl teorii Freunda dla orzeczenia, że osobnik dany choruje na nowotwór złośliwy.

W tym miejscu musimy zwrócić uwagę na następującą okoliczność. Przyglądając się tzw. „odczynowi rozpuszczania“ widzimy, że nie może on odpowiedzieć na postawione przez nas pytanie — czy brak jest kwasu normalnego?

Odczyn rozpuszczania.

p. I Surowica norm. lub kał normalny	komórki raka (+) komórki mięsaka (+)
p. II Surowica lub kał chorych na raka lub mięsaka	komórki raka (—) komórki mięsaka (—)

W przypadku bowiem nierozpuszczania komórek nowotworowych przez surowicę lub przesącz kałowy (p. II) chorego na raka lub będącego w stanie dyspozycji ogólnej rakowej według Freunda (a zatem u osobnika, w którego ustroju istnieje i krąży sam tylko kwas rakowy) zależeć to może nie tylko od braku kwasu normalnego, ale i od obecności kwasu rakowego, który zawarty w surowicy lub przesączu kałowym tworzy zespoły z komórkami, nie ulegając cytolizie, niezależnie od równoczesnego istnienia czy braku kwasu normalnego w tejże surowicy. A zatem odczyn rozpuszczania ujemny — w przypadku zahamowania cytolizy — nie świadczy o braku kwasu normalnego, lecz wskazuje raczej też na obecność kwasu rakowego, stwierdzonego już na podstawie „odczynu ochronnego“.

W przypadku więc raka, gdzie „odczyn ochronny“ ujemny (brak cytolizy) wskazał na obecność kwasu rakowego, odczyn roz-

puszczania nie może już żadną miarą wskazać w myśl powyższych wywodów — na brak kwasu normalnego, gdyż w pierwszym rzędzie będzie on też wskazywał na obecność kwasu rakowego. W konkretnym więc przypadku, gdy podejrzewamy u chorego nowotwór złośliwy, możemy otrzymać tylko odpowiedź, czy istnieje kwas rakowy, tj. dyspozycja ogólna rakowa i nie mamy możności, przeprowadzając nawet oba odczyny, uzyskania odpowiedzi, czy też istnieje i dyspozycja miejscowa.

Nie możemy więc wypełnić obu postulatów, wymaganych przez Freunda dla stanowczego określenia choroby rakowej.

Dlatego może i sam Freund, chcąc podnieść stosunek procentowy trafnych rozpoznań swego odczynu, zaczął uzupełniać go szeregiem innych, które wprawdzie też nie odpowiadając na te dwie teoretyczne przesłanki, jednak wnikając jakby głębiej w zaburzenia przemiany materii, pozwolić miały na trafniejsze sprecyzowanie choroby rakowej. Oprócz carcinolizy przez surowicę zalecił dodatkowo przeprowadzić: I) bezpośrednią hodowlę bakterii z kału (*paracoli bact.* Freunda) i na pożywkach Drigalskiego, II) wstrzykiwania śródskórne, III) badanie moczu na składniki patologiczne (kwasy organiczne, indykan, skatoxyl), IV) odczyn z moczem przy dodawaniu wyciągu z nowotworów złośliwych, V) i ostatnio podane przez Lustiga i Langera podniesienie zawartości białka i cukru w surowicy chorych na raka.

Jednak wbrew przewidywaniom i pierwszym doniesieniom, ostatnie badania (Scholl) wykazują, że najlepsze wyniki, zgodne z kliniką, daje jedynie badanie krwi na carcinolizę, względnie badanie kału (odczyn ochronny). Sumowanie zaś wszystkich wymienionych reakcji daje błąd większy, aniżeli obie zasadnicze reakcje. Może należałoby to uzależnić od tego, że wszystkie pozostałe odczyny, wskazując wprawdzie też na zaburzenia w przemianie materii, pozostają jednak w swej istocie w zupełnie luźnym związku z teorią Freunda o zanikaniu kwasu normalnego i zjawianiu się kwasu rakowego w przypadku raka. Nie mogą więc i one wypełnić wspomnianej poprzednio luki w udowodnieniu teoretycznych przesłanek, mogą tylko pomóc drogą okólną, ale ta droga — jak widać — zawodzi.

Po tych rozważaniach teoretycznych, zobaczmy, jaka jest technika próby ochronnej F. K. w kale. Niezbędne

są zawiesiny komórek nowotworowych, przygotowane z nowotworów złośliwych ludzkich, (guzy przerzutowe wątroby i gruczołów limfatycznych), niewielka ilość kału dla przesączu (nawet otrzymanego przy pomocy lawatywy z ciepłej wody) i surowica normalna ludzka lub końska — od koni młodych.

Z dwóch probówek w jednej jest surowica + przesącz kałowy + fenolftaleina + dwuwęglan sodu + trójkrezol + zawiesina kom. nowotworowych. W drugiej — kontrolnej — jest to samo, z tą różnicą, że zamiast przesączu kału badanego jest 10 kropel roztworu soli fizjologicznej.

Oblicza się zaraz ilość komórek nowotwor. w 4 dużych kwadratach kamery Thoma-Zeissa. Na jeden kwadrat przypada ± 18 — 24 kom. nowotworowych.

Po 24 godzinach oblicza się na nowo i wyniki zestawia z wynikami I-go obliczenia.

W probówce kontrolnej, nie zawierającej kału, ilość komórek jest zwykle znacznie zmniejszona, co najmniej o 50%. W probówkach z badanymi kałami wyniki są różne: w przypadku nowotworu ilość komórek się nie zmniejsza, gdyż rozpuszczanie komórek nowotwor. zostało zahamowane przez ciała, zawarte w kale nowotworowym.

W przyp. nienowotwor. ilość komórek zmniejsza się wyraźnie, gdyż cytoliza nie jest zahamowana.

Naprz. w probówce kontrolnej pozostało 50% komórek nowotworowych, a w probówce z kałem pozostało 90% kom., — a więc kał badany pochodzi od chorego na nowotwór złośliwy. Jeśli procent komórek pozostałych w probówce z kałem badanym jest mniejszy, to kał nie pochodzi od chorego na nowotwór złośliwy.

Tak w ogólnych zarysach przedstawia się technika próby F. K. (o. ochronny).

Pozwolimy sobie zauważyć na tym miejscu, że nie wydaje nam się słusznym i dość usprawiedliwionym wyciąganie tak ważnych wniosków rozpoznawczych z cyfr procentowych rozpuszczalności kom. now., obliczanych na 4 polach mikroskopowych. Owszem, jeśli różnica procentowa jest wybitnie różna, tj. 100% — 90%, to jeszcze wniosek może być usprawiedliwiony i przekonywujący. Jeśli zaś naliczymy obok kontrolnych 50% w drugiej pro-

bówce 60% lub 70%, to według nas wyniki takie winny być uważane za niepewne i badanie powtórzone.

Drugie zastrzeżenie nasze, które pragnęlibyśmy przedstawić wykonawcom tej metody, to charakter badanego kału. Nie sądzimy aby było obojętne dla wyniku, jaki jest odczyn kału, czy jest świeży, i jaka dieta poprzedzała wydalanie kału badanego itp.

Może bliższe zwrócenie uwagi na tę okoliczność wytłumaczy niezgodne z rzeczywistością niektóre wyniki próby FK.

Po tych rozważaniach przechodzimy do piśmiennictwa. Jak się przedstawia wartość praktyczna metody FK na większym materiale chorych?

Kretz (W. Kl. W. 1937) w pracy pod tytułem „O doświadczeniach klinicznych z metodą Freunda rozpoznawania raka i jego dietą rakową“ pisze, że 2 lata prowadził w Szpitalu Powszechnym w Linz badania nad wartością rozpoznawczą próby FK na dużym materiale. Wykonywał 4 próby FK: a) pośredni posiew kału, b) odczyn cytolityczny w surowicy, c) odczyn zmętnienia w surowicy, d) badania moczu na składniki patologiczne (kwasy organiczne, indykan, skatoksyl). Uważa za ważniejsze z pośród prób powyższych: próbę kałową i cytolityczną w surowicy.

Zbadał w ten sposób (od lutego do lipca 1936) — 1434 prz. (raków 135, nie — raków 1299).

Z 135 raków próby F. K. wypadły dodatnio lub niezupełnie dodatnio w 123 przyp. (tj. 91,1%) — ujemnie w 12 przyp. (tj. 8,9%).

Spośród 1299 przyp. nierakowych próby F. K. wypadły ujemnie w 1103 (tj. w 84,9%) — dadatnio lub niezupełnie dodatnio w 196 przyp. (tj. 15,1%).

Autor uważa, że ważniejszy od cyfr statystycznych jest dla sprawy fakt „wczesnego rozpoznania“ nowotworu, że niejednokrotnie dopiero wynik prób F. K. naprowadzał klinicystę na właściwe rozpoznanie.

W pewnej ilości przypadków, jak o tym wyżej wspominamy, F. K. wypadł dodatnio w przypadkach, w których najdokładniejsze badanie kliniczne i rentgenowskie nie mogły stwierdzić obecności raka. Z tego względu wynik odczynu F. K. uważany był przez pewien czas za błędny. Ale bądź ponowne badanie wykrywało no-

wotwór (raki przełyku, oskrzeli, żółtaczki) — bądź też po upływie paru tygodni lub miesięcy nowotwór się rozwijał.

Niezmiernie pouczający jest następujący przyp. autora: Mężczyzna 36 letni, od ½ roku cierpi na dolegliwości żołądkowe i brak łaknienia, uczucie pełności. Dwukrotnie wykonana próba F. K. wypadła dodatnio. Ale żadnymi dostępnymi metodami klinicznymi i Rtg. nie dało się nowotworu wykryć. Po 9 miesiącach chory zgłosił się ponownie i stwierdzono duży, twardy guz wątroby, zajmujący prawie całe nadbrzusze.

Ujemny wynik próby F. K. zdaniem autora, jest również ważny, bo oszczędza nam wiele żmudnych badań celem wykrycia nowotworu. S c h o t t, chirurg Klin. Wied. Prof. Rapszy w pracy p. t. *„O wartości klinicznej prób, podanych przez Freuda dla rozpoznawania raka“* (W Kl. W. 1938—10) przeprowadził swoje badania na materiale klinicznym. Bodźcem dla autora były poprzednie prace B e n d a i K r e t z a (W. Kl. W. 1936) i dopiero co przez nas przytoczona praca K r e t z a, którzy osiągnęli wyniki zachęcające.

S c h o l l omawia wszystkie modyfikacje, dotąd proponowane przez licznych badaczy: H o r s t e r (D. M. W. 1936), K a r i t z k y (Bruns Beitr. 1936), B a r t h e l s (ibidem), — K i r s c h n e r (Arch. Kl. Chir. 1935), S t ö h r i P f e i l (Bruns Beitr. 1936), S i m o n i W i t t e n b e c k (M. Kl. W. 36), L ö n n e (M. M. W. 37), i innych i dochodzi do wniosku, zgodnie z autorami powyższymi, że wszystkie te modyfikacje nie przewyższają metody pierwotnej F. K.

S c h o l l starał się wybierać przyp. powyżej lat 50. Zbadał 97 przypadków: 51 z pewnym rakiem i 47 bez raka.

Próba F. K. na 51 przypadków raka wypadła dodatnio w 44 — ujemnie w 7 przyp.

F. K. ujemny był w 14 przyp. nierakowych (na 46), — dodatni zaś w 25 przyp. nierakowych.

Według S c h o l l a tedy na 51 przyp. raka F. K. był zgodny w *86,3%*.

Co do wieku, raki powyżej 50 lat dały F. K. dodatni w *88.1%*, poniżej lat 50 — w 80%.

Nie — raki wyżej 50 lat tylko w 24,2% dawały F. K. ujemny, poniżej lat 50 — w 50%.

Omyłki techniczne były tu wyłączone, bo próby wykonywał sam Freund i jego asystenci.

Płońskier i Cyterman-Konowa w obszernej pracy „O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych na podstawie odcz. cytolitycznego Ernsta Freunda i Gisy Kaminer" (W. Czas. L. 1937 — 13) w ciągu 1936 r. zbadali w Szpit. na Czystem 700 przyp. na odczyn ochronny F. K. Z tych 700 tylko w 507 prz. rozpoznanie kliniczne było ustalone niewątpliwie.

Raków w ogóle było 161 — odczyn F. K. wypadł dodatnio u 139 chorych tj. w *86,4%*, błędny u 22 ch., tj. w *13,6%*.

Histologicznie sprawdzono 71 raków, spośród nich odczyn F. K. dodatni był w 61 przyp. tj. *86%*, błędny w 10 przyp. tj. *14%*.

Sprawdzonych sekcyjnie raków było 31, z nich w 30 prz. F. K. był zgodny, tj. *96,8%*, w 1 przyp. błędny *(3,2%)*.

Raki były różnorodne: skóry, biodra, nosa, zatoki Highmora, krtani, przełyku, prostnicy, pęcherzyka żółciowego, nerki itd.

W kilku przypadkach dodatni wynik próby F. K. uprzedził rozpoznanie kliniczne raka:

U kobiety 50 letniej stwierdzono na policzku niewielką brodawkę, odczyn F. K. wypadł dodatnio; brodawkę usunięto, a badanie histologiczne wykazało *Ca basicellulare*.

W innym przypadku obraz kliniczny *quoad Ca oesoph.* — był niewyraźny, F. K. dodatni, wycinek próbny potwierdził obecność nowotworu złośliwego. W innym przypadku płucnym były objawy wysiękowej sprawy opłucnowej, badanie płynu z opłucnej nie stwierdziło elemen. nowotw., F. K. dodatni, a na sekcji — rak płuca.

Przypadków kontrolnych, tj. nie — rakowych, autorzy zbadali 281. Z tego 34 przyp. now. łagodnych. Tu na 34 przyp. F. K. był ujemny, tj. zgodny z kliniką, w 30 przyp. tj. — w *88,3%*, niezgodny w 4 — tj. *11,7%*.

A teraz przypadki odwrotne.

Kliniczne podejrzenie na raka, F. K. ujemny. U 50-cio letniej kobiety brodawczak dużej wargi sromowej, gruczoły pachwinowe jednostronnie powiększone, twarde i niebolesne. Zabieg. Badanie histologiczne nie wykryło rozplemu złośliwego.

Przypadków nienowotworowych autorzy na ogół spostrzegali 247, z nich zgodny wynik z kliniką, tj. F. K. ujemny był 214 razy tj. *86,7%*, niezgodny — 33 razy tj. *13,3%*.

Wśród nienowotworowych przypadków były najróżnorodniejsze schorzenia: lues, tbc., zapalenie osierdzia, zapalenia wyrostka robaczkowego, nieżyt jelit, zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie jąder, zapalenie nerek, wiąd rdzenia, padaczka, ischias, wrzód żołądka, miażdżyca tętnic, histeria, przepuklina itd., nawet 14 ludzi zdrowych.

Autorzy wobec tych *86%* zgodnych wyników w przyp. raka i *86,7%* wyników zgodnych w przypadkach nie — rakowych. uważają metodę F. K. za bardzo poważny przyczynek do wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych, a w każdym razie usposobienia rakowego.

Błędy tłomaczą obecnością ciąży, wiekiem starczym badanych, bądź przednim podawaniem narkotyków, gorączką, naświetlaniem promieniami Roentgena, wyniszczeniem itd., albo upatrują przyczynę niezgodności wyników nie w próbie F. K., lecz raczej w rozpoznaniu klinicznym, które mogło być błędne.

W przypadkach, w których odczyn F. K. wypada dodatnio, a klinika raka nie stwierdza, autorzy uważają, że niewątpliwie istnieje usposobienie, dyspozycja rakowa i radzą obserwować tych chorych bardzo długo, nawet do końca życia. Naszym zdaniem, to może trochę za długo, bo chory może zginąć wskutek zupełnie innej choroby i nie doczekamy się wytworzenia raka.

Streściliśmy zatem 2 prace niemieckie i 1 pracę polską, — do wartości próby F. K. usposobione przychylnie.

A teraz rozejrzymy się w pracy Drów Flokszttrumpfa, Ławkowicza i Steina, która ukazała się niedawno, bo w listopadzie 1938 (W. Czas. Lek. 1938 — 44) pt. *„W sprawie niektórych odczynów diagnostycznych Freunda — Kaminer“*. Autorzy dochodzą tu do wniosków wręcz przeciwnych, bo ujemnych.

Autorzy podają na wstępie zachęcające spostrzeżenia Kretza, Scholla, o których wzmiankowaliśmy dopiero co, — również wyniki badań Płońskiera i Cyterman — Konowej. Dodają jeszcze, że Kraus, Graf i Ranzi otrzymali 71% wyników zgodnych przy stosowaniu odczynu ochronnego w kale. Ranzi i Admiranti — 75%, Stammler — 80%.

Sami prowadzili badania od 9.3.1938 do 27.5.1938. Zawiesiny sprowadzali bezpośrednio z Wiednia od Prof. Freunda. Badania wykonywał Dr Dmochowski, który specjalnie udał się do Wiednia celem obznajmienia się z techniką Freunda, i Dr Ławkowicz.

Autorzy wykazali, że w zawiesinach brak jest właściwie komórek nowotworowych *sensu stricto,* zawiera ona natomiast wyłącznie jądra komórkowe. Wobec tego nazywają odczyn F. K. nie „cytolitycznym", lecz „kariolitycznym".

Tu nasuwa się uwaga, czy fakt sprowadzania zawiesin z Wiednia nie był bez znaczenia dla oceny wyników próby FK? Czy wyniki nie byłyby pewniejsze, gdyby zawiesiny były przygotowywane w Warszawie? Może tu tkwi jeden z powodów niezgodnych poglądów autorów i innych badaczy?

Autorzy na 78 surowic rakowych otrzymali dodatni wynik próby F. K. tylko w 12 przypadkach, tj. w 15%.

Odczyn ochronny w kale chorych na raka na 61 badanych przypadków wypadł dodatnio w 10 przyp., tj. w 16%.

Na 56 surowic osobników, nie dotkniętych rakiem, wynik był niezgodny tylko w 4 przyp., tj. w 7%, an 48 zaś kałów — tylko w 4, tj. w 8% przyp.

Wnioski autorów: odsetek wyników dodatnich jest zbyt mały, by odczyny te miały wartość kliniczną.

Natomiast ilość wyników zgodnych dla osobników bez raka (93 — 92) „przedstawiała się zupełnie dobrze".

Tak więc autorzy odmawiają wartości klinicznej próbom F. K. w tych przypadkach, kiedy chodzi o stwierdzenie obecności nowotworów złośliwych, ale uznają próbę tę, jako wyłączającą nowotwory, jeśli próba wypada ujemnie.

Autorzy wprowadzili szereg modyfikacji. Ponieważ odczytywanie odczynu cytolitycznego F. K. jest bardzo subiektywne, albowiem, jak podają, tę samą komórkę można często uznać zarówno za uszkodzoną, jak i za nieuszkodzoną, — i nawet ten sam badacz, obliczając 2 probówki z surowicą tego samego chorego. otrzymywał wyniki sprzeczne, autorzy zaczęli barwić komórki, raczej jądra. Ale ta modyfikacja nie poprawiła wartości diagnostycznej odczynu.

Autorzy zwrócili również uwagę na temperaturę cieplarki i przyszli do wniosku, że i to nie wywiera decydującego wpływu na wynik odczynu.

A zatem widzimy dużą rozbieżność pomiędzy autorami, którzy się sprawą odczynu F. K. zajmowali. Gdy Kretz, Scholl, Płońskier z Cyterman-Konową odnoszą się do wartości klinicznej próby pozytywnie i polecają wprowadzenie jej do kliniki, — ostatni autorzy (Floksztrumpf, Ławkowicz i Stein) nie mogą stwierdzić jej wartości dla wczesnego rozpoznania raka, a skłonni są jedynie do uznania jej wartości w przypadkach negatywnych, nie — rakowych.

Skąd ta rozbieżność? Gdzie jest słuszność? Czy nie w błędach technicznych? Czy nie w różnorodności materiału badanego? Czy nie odgrywa tu roli wiek, jak to niektórzy autorzy sądzą? Czy sam kał, jako przedmiot badania, jest dostatecznie jednolity pod względem spoistości, odczynu itd. ?

Tak naprz. niektórzy wolą badać kał niezbyt twardy i nie po lawatywie. Kretz uważa kał płynny lub bardzo suchy za niezdatny do badania. Również ma przeszkadzać węgiel.

Czy nie odgrywa tu roli dieta, poprzedzająca badanie kału? Wszak inaczej może reagować fermentacja gnilna, inaczej kwaśna. Czy nie należałoby ujednostajnić diety, zanim odsyła się kał do badania?

Czy nie należy baczniejszej uwagi zwrócić na słusznie przez Floksztrumpfa, Ławkowicza i Steina poruszoną sprawę odczytywania ilości komórek nowotworowych rozpuszczonych? Czy skala procentowa przy odczytywaniu nie winna być rozleglejsza, naprz. jeśli normalny kał rozpuszcza 50%, to dopiero znaczna różnica, naprz. 90 do 100%, mogłaby dawać prawo do decydowania o wyniku próby.

Nasuwają się wątpliwości, które muszą być wzięte pod uwagę, aby wyniki były pewniejsze. Albowiem *a priori* nie moglibyśmy przejść do porządku dziennego nad opisanymi wyżej doskonałymi wynikami Kretza, Scholla i innych. Zresztą próba ta, gdyby okazała się udatną, miałaby tak olbrzymie znaczenie dla kliniki, — dla wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych, — co jest w obecnym stanie nauki jednym z najbardziej

pilnych problematów —, że naszym zdaniem warto poświęcić jej trochę uwagi.

W tej myśli już przed rokiem postanowiliśmy zająć się sprawdzeniem próby F. K. w skromnych granicach Zakładu Rozpoznawczo-Leczniczego i praktyki prywatnej. Musimy zaznaczyć, że po paru trafnych odpowiedziach w przypadkach klinicznie niepewnych, a potem potwierdzonych na stole operacyjnym i drogą badania histologicznego, zaczęliśmy uważać nową próbę za rewelacyjną.

Po pewnym czasie nastąpiło rozczarowanie, bo wyniki były z kliniką niezgodne. Z uwagi jednak na przychylną ocenę próby F. K. ze strony kilku poważnych badaczy, postanowiliśmy zająć się sprawdzeniem jej *sine ira et studio*, najbardziej obiektywnie, bez z góry powziętych uprzedzeń.

Materiał nasz składał się z 42 przypadków. Z tych wyeliminowaliśmy 6 przypadków, będących jeszcze pod obserwacją, a zatem pozostało 36 przypadków sprawdzonych.

Podzieliliśmy wszystkich tych chorych na 4 grupy: A) Chorzy z nowotworem ustalonym, u których F. K. wypadł dodatno, czyli zgodnie z kliniką. B) Chorzy bez nowotworu, u których F. K. wypadł ujemnie, a więc znowu zgodnie z kliniką. C) Chorzy, u których badanie kliniczne nie stwierdziło nowotworu, a jednak F. K. wypadł dodatnio, tj. niezgodnie z kliniką. D) Chorzy, u których stwierdzony został rak, ale F. K. był ujemny, czyli niezgodnie z kliniką.

Musimy podkreślić, że wszyscy chorzy należeli do działu gastrologii, tj. schorzenia ich, rakowe lub łagodne tyczyły się narządów pokarmowych (przełyk, żołądek, wątroba, pęcherzyk żółciowy, jelita, prostnica).

Odczyny F. K. były wykonywane przez Dra Płońskiera i Dr Cyterman-Konową, którym na tym miejscu składamy podziękowanie. Oczywiście nie podawaliśmy rozpoznań lub wątpliwości klinicznych.

Jakież są wyniki naszych spostrzeżeń?

Zaznaczyliśmy już, że wybraliśmy spośród naszych przypadków wyłącznie te, których losy mogliśmy prześledzić do końca lub przynajmniej obserwować w ciągu dłuższego czasu.

Czy taka względnie drobna ilość spostrzeżeń upo-

ważnia nas do wyciągania wniosków praktycznych? Jeśli bowiem porównamy nasze skromne cyfry z wielkimi cyframi innych autorów, to nasza statystyka blednie. Jednakowoż zdecydowaliśmy się podzielić się spostrzeżeniami naszymi, wychodząc z założenia, że nawet drobna ilość dobrze zaobserwowanych przypadków może odegrać pewną rolę i rzucić pewne światło na wartość próby F. K.

Zresztą tu nie chodzi zasadniczo o cyfry statystyczne, które klinice korzyści praktycznych same przez się nie dają. W każdym poszczególnym przypadku, podejrzanym *quoad cancer*, nie możemy się opierać na statystyce, bo nie wiemy, czy nasz dany przypadek należy do większości, czy do mniejszości?

Najważniejsze wydają nam się ze stanowiska kliniki te przypadki, w których rozpoznanie było wątpliwe, a próba F. K. przyczyniła się do odrzucenia podejrzenia na raka lub to podejrzenie wzmocniła. Naprz. przypadek Kretza, wyżej przytoczony, w którym F. K. wypadł dodatnio, a cały szereg badań klinicznych raka nie wykrył. U tego chorego dopiero po 9 miesiącach stwierdzono duży guz wątroby. — A zatem odczyn F. K. święcił zasłużony tryumf.

Pragnęlibyśmy podać dokładny opis chorób we wszystkich naszych przypadkach, aby czytelnicy sami mogli sąd swój wydać, — ale tych przypadków jest na to za dużo. Wybieramy przeto z każdej grupy kilka wybitniejszych:

A więc grupa A). Klinicznie rak, próba F. K. dodatnia. Tych przypadków mieliśmy 14.

1) Pani Sz. I. lat 55, z Warszawy, zgłosiła się 7.6.1937. Od 20 lat kamica żółciowa, ostatni atak typowy z ciepłotą 38, wymiotami i ciemnym moczem przed 2 tygodniami. W moczu barwiki żółciowe. We krwi Hb 81%, erytrocytów 4050000, leukocytów 7600, OB — 100. Cholecystografia (Kryński): cień prawej nerki i cień dużego pęcherzyka żółciowego. Badanie obiektywne: wyczuwa się duży twór twardawy, na ucisk bolesny, — jak to spostrzegamy w przewlekłych sprawach zapalnych pęcherzyka żółciowego. Oceniliśmy też ten przypadek raczej jako łagodny, jakkolwiek spoistość tworu nasuwała podejrzenie zwyrodnienia rakowego. Ciepłota 37,2 — 37,5. Próba F. K. wypadła dodatnio. Zaleciliśmy operację. 13.I.1937 Dr Goldstein stwierdził przy operacji nieduży pęcherzyk żółciowy z kamieniami, ale obok

twór, wypełniony płynem zielonawym. Badanie histologiczne wykazało cechy nowotworu złośliwego. Po upływie 5 miesięcy przerzuty do gruczołów pachowych i pachwinowych. Śmierć.

W tym przypadku próba F. K. trafnie rozpoznała raka i przyśpieszyła decyzję operacji.

2) Pan L i b. J., lat 75, z Dąbrowicy pod Równem. 25.I.38 zgłosił się z powodu gniecenia, ssania i nieokreślonych bólów w dołku. W Równem przy badaniu chemizmu żołądka zwrócono uwagę na zapach gnilny treści żołądka, brak HCL, obecność czerwonych ciałek zmienionych, leukocytów i skrzepów krwi.

U nas w Zakładzie Rozp. Leczn. mogliśmy to w zupełności potwierdzić. Po śniadaniu próbnym mlecznym otrzymaliśmy L = O, A = 4, krew obecna, sporo leuko- i erytrocytów, zapach zawartości gnilny. We krwi Hb 100, cz. c. k. 6120.000, leuk. 6750, Rtg. (M e s z) zmian organicznych ani w przełyku (uchyłek) ani w żołądku nie wykrył. Cholecystografia wykazała pęcherzyk żółciowy nieco powiększony, bez złogów.

Obiektywne badanie nic patologicznego w obrębie jamy brzusznej nie wykryło.

Próba F. K. wypadła d o d a t n i o.

I znowu w tym przypadku, pomimo ujemnego wyniku badania Roent., które, jak wiadomo w okresach początkowych może nie uchwycić zmian organicznych, i pomimo nawet lekkiej poprawy, która nastąpiła pod wpływem codziennych przepłukiwań żołądka, rozpoznanie kliniczne skłaniało się ku nowotworowi żołądka (wiek, gnilna zawartość żoł. ze krwią).

Próba F. K. wzmocniła nasze podejrzenia.

Po 2 miesiącach otrzymaliśmy wiadomość, że chory stracił zupełnie łaknienie, słabnie, traci na wadze i wkrótce umarł.

Dr Cejtlin z Równego potwierdził rozpoznanie nowotworu.

3) Pan H a u s. M., lat 63, z Żabinki. 19.5.38 zjawił się ze skargą na zupełną utratę łaknienia od 2 miesięcy, bóle w dołku niewyraźne, wymioty nieobfitymi masami, chudnienie.

Badanie objawowe stwierdza twardą, nierówną wątrobę, zwłaszcza lewego płatu. Po śniadaniu próbnym mlecznym zawartość brunatna ze skrzepami krwi, L = O, A = 40, pałeczki Boas — Opplera obecne. Roentg. (M e s z) żoł. mały, dwudzielno kaskadowy przylega krzywizną mniejszą do wątroby, w części odźwier-

nikowej światło zwęża się do grubości kciuka, ubytek cieniowy, — zawartość przechodzi cienką smugą i zalega prawie całkowicie. We krwi Hb 86, cz. c. 3830.000, l. 9000, OB. — 15 m.

Rozpoznanie nowotworu było jasne. Próba F. K. wypadła dodatnio, czyli zgodnie z kliniką.

4) Pan Rat. J., lat 63, z Wasilkowa, 3.10.38. Przed trzema laty operacja zespolenia żoł. z powodu guza żoł. (Sołowiejczyk), 2½ roku miał się dobrze, od 6 miesięcy zupełny brak apetytu, czkawka, osłabienie, chudnie. Rtgn. przed 3 laty przed operacją (Orłowski) stwierdził ubytki na obu krzywiznach — *tumor p. pyloricae*. Wyczuwa się duży twardy guz, nierówny — wystający ponad żołądkiem, wygórowanie widoczne gołem okiem. We krwi Hb. 55, cz. c. k. 3880,000, l. 5300. F. K. dodatni zgodnie z rozpoznaniem klinicznym raka żołądka.

5) Pan Rol. M., lat 68, z Warszawy. Cierpi od kilku miesięcy na „chromanie przestankowe". Zupełny brak łaknienia, nudności, czasem musi sztucznie wywoływać wymioty, stracił 16 kilo. W moczu bywało 0,5 do 2,5% cukru, obecnie cukru nie ma. Roentgen (Orłowski) w żołądku nic organicznego nie stwierdził. Przy badaniu wątroba twarda, niebolesna. Per rectum wyczuwa się guz, rektoskopia stwierdziła owrzodzenie rakowe. Wasserman ujemny. F. K. dodatni, zgodnie z rozpoznaniem klinicznym.

Oto kilka przypadków z próbą F. K. dodatnią. W pierwszym przypadku dodatni wynik próby uprzedził rozpoznanie kliniczne, wahające się pomiędzy charakterem łagodnym a złośliwym schorzenia.

W drugim przypadku próba F. K. rozpoznała cierpienie nowotworowe wbrew ujemnemu wynikowi badania promieniami Roentgena, ale zgodnie z rozpoznaniem klinicznym.

W 3 pozostałych niewątpliwych cierpieniach rakowych F. K. wypadł dodatnio.

A teraz przejdźmy do grupy B. w której próba F. K. wypadła ujemnie, zgodnie z kliniką, w przypadkach cierpień nierakowych. Tych przypadków mieliśmy 14.

1) Pani R o z. S., lat 54, z Łodzi, 12.11.37. Od 20 lat cierpi na ataki kamicy żółciowej. Od dwóch lat częste nawroty z ciepłotą do 38°. Obecnie jest po ataku, żółtaczka, swędzenie ciała stałe od 6 miesięcy. Straciła na wadze 15 kilo. W moczu barwiki żółciowe, we krwi Hb 80, cz. c. k. krwi 3.600.000, białych l. 7.750, OB=54. Cholecystografia przed rokiem wykazała duży gruszkowaty pęcherzyk żółciowy bez złogów. Wyczuwa się dużą wątrobę twardawą i pęcherzyk żółciowy powiększony, bolesny. Wobec stałej żółtaczki, utraty 15 kilo i twardawej wątroby należało myśleć o nowotworze. F. K. w y p a d ł u j e m n i e. Jednakże namówiliśmy chorą na operację, która została dokonana w Łodzi. Według dokładnych informacji, otrzymanych przez nas od kolegi chirurga szpitalnego w Łodzi, stwierdzono sprawę zapalną pęcherzyka żółciowego i uwięźnięcie kamienia w przewodzie wspólnym. Chora zmarła kilka dni po zabiegu na skutek krwotoku.

Przypadek ten pod względem klinicznym podobny jest do przyp. pierwszego z grupy A, w którym również była zadawniona sprawa pęcherzyka żółciowego. Tam próba F. K. wypadła jednak dodatnio i na operacji stwierdzony został nowotwór, tu zaś próba F. K. wypadła ujemnie i na operacji stwierdzono brak nowotworu złośliwego.

2) Pani F i n. R., lat 45, z Kielc, 18.4.38. Zjawiła się z listem od dwóch obserwujących chorą lekarzy w Kielcach. Od trzech lat typowe ataki kamicy żółciowej, ostatni wystąpił po poronieniu. Ciepłota 37^3, nieznaczna żółtaczka, bóle w dołku i prawym podżebrzu. Wątroba powiększona na 2 palce, miękka, bolesna. We krwi Hb. 78, cz. c. krwi 4.450.000, białych l. 9.400. Cholecystografia (M e s z). Pęcherzyk żółciowy powiększony, kilka złogów. Po dwunastodniowej obserwacji w Zakładzie Rozp. Leczn. wątroba nie wyczuwa się, stan dobry.

Klinicznie zatem był to typowy przypadek kamicy żółciowej, podejrzeń quoad Ca nie nasuwający.

Raczej dla sprawdzenia wartości próby F. K. posłaliśmy kał do zbadania. Próba F. K. wypadła u j e m n i e, zgodnie z kliniką.

3) Pan L e w. I., lat 30, z Brześcia. Od kilku miesięcy bóle w dołku i w okolicy pępka na 2—3 godziny po jedzeniu. Kilka razy zauważył „czarne stolce“, ale nie zdawał sobie sprawy ze znaczenia tego objawu.

Badanie kału na krew utajoną wykazało obecność krwi w ilości dużej. A zatem typowy przypadek Ulcus duod. F. K. ujemny, zgodnie z kliniką. Po 10 dniach pod wpływem kuracji mlecznej bóle znikły.

4) Pani Br. Z., lat 37, z Warszawy. Zgłosiła się 10.10.38 z tym, że matka umarła na raka żołądka w wieku lat 40. Ponieważ od paru miesięcy odczuwa pełność po jedzeniu i nieokreślone bóle brzucha, obawia się, że z powodu obarczenia dziedzicznego może także rozwija się u niej nowotwór. Wygląd dobry, nie chudnie, ma apetyt. Wątroba powiększona, miękka, tkliwa na ucisk i opukiwanie. We krwi Hb. 93, cz. c. 4750000 białych 6,000. Wasserman ujemny. Po śniadaniu mlecznym wolny HCL=0, A=10. Roentgen żół. (Orłowski) dwukrotny, nic upodejrzanego, prócz zgrubienia błony śluzowej żołądka i zazębienia krzywizny większej nie wykazał. Klinicznie zatem nie można było stwierdzić nowotworu żołądka ani wątroby. Raczej gastritis chr. subacida. Próba F. K. wypadła ujemnie.

Po 6 tygodniach stan lepszy, bez skarg. Wątroba mniejsza, miękka, niebolesna. Uspokoiliśmy chorą, zapewniając ją, że w tej chwili nic jej nie grozi, że nowotworu nie ma, ale musi od czasu do czasu podlegać kontroli lekarskiej.

Przechodzimy obecnie do grupy C, tj. FK dodatni, klinicznie brak nowotworu. Tych przypadków mieliśmy 4.

1. Pani Ten.D., lat 59, z Kamińska. Od kilku lat ataki kamicy żółciowej, ostatni trwał 2 tygodnie. Chudnie od roku. Wątroba twardawa, równa, tkliwa na dotyk. Krzepliwość krwi 60 mm. Czas krwawienia 2 m. 20 s. Płyty Bizzozero 110.000. Krew: Hb 68%, erytr. 5.100.000, leuk. 16.650, oboj. 86%. W moczu 40—60 erytr. i barwik żółciowy. Po 7 dniach leuk. we krwi 5.250. Po 4 tygodniach żółtaczka trwa.

Wobec uporczywej żółtaczki, braku bólów i wychudnienia radziliśmy operację, uważając sprawę za dobrotliwą, kamicową. W tym momencie próba FK wypadła dodatnio.

Operacja (Miszurski) wykazała mały pęcherzyk żółciowy, pusty, duży kamień tkwił w przewodzie wątrobowym pod wątrobą. Nigdzie nowotworu nie było. Chora wyzdrowiała. Dziś po roku czuje się dobrze.

W tym przypadku FK wypadł dodatnio, przy braku widocznego nowotworu. A zatem bądź próba była błędna, bądź też mieliśmy do czynienia z dyspozycją, usposobieniem do nowotworu, który może wytworzyłby się bez zabiegu, a może jeszcze się wytworzy.

W każdym razie usunięcie kamieni drogą operacyjną usunęło jednocześnie ciągłe drażnienie wątroby i może uchroniło ją od nowotworu.

2. Pan Raw. M., lat 48, z Warszawy, 22.XI.37. Od dwóch miesięcy miewa silne bóle kurczowe w brzuchu, połączone z przelewaniami, burczeniem i „stawianiem się" jelit, przy tym parcie na stolec. Po odejściu gazów bóle ustają. Roentgen (Joz) wykazuje opór w zagięciu wątrobowym. Rozpoznanie kliniczne: zwężenie jelit charakteru nieokreślonego. Wobec krótkiego wywiadu, wieku i braku innych przyczyn, prawdopodobieństwo nowotworu. Próba FK wypadła dodatnio.

Operacja (Sadman): zwężenie jelit na tle gruźliczym. Badanie histologiczne wykonał Dr Płońskier.

A więc znów albo błędny wynik próby FK, albo może proces swoisty gruźliczy wpłynął na wynik niezgodny z kliniką.

Te trzy grupy: A) z rakami klinicznymi i FK dodatnim, B) bez raków i FK ujemnym i C) bez raków, ale FK dodatnim stanowią dla wartości próby FK cenne dowody pożyteczności tej próby i wielkiej roli, jaką mogłaby odegrać w klinice.

Ale jest jeszcze grupa D, która znacznie obniża jej wartość.

W grupie D próba FK wypadała ujemnie, a okazał się nowotwór.

Tych przypadków mieliśmy 4.

1. Pan Bob. A., lat 25, z Brześcia. Od 6-ciu miesięcy bóle w dołku dość silne po jedzeniu, budzą ze snu. Nudności, od czasu do czasu wymioty pokarmowe. Stracił 7 kilo. Brzuch zapadnięty, opór mięśniowy w nadbrzuszu. Wątroba powiększona na dwa palce, tkliwa. W kale utajone krwawienie. Krew: Hb 45, cz. c. k. 4.250.000, białych 11.250, eoz. 0,8%, oboj. 74 (pałeczk. 32, segm. 42), limf. 19,2, monoc. 6. OB=30, RR=125/80. Ciepłota w ciągu pierwszych czterech dni 37,8—38,2, potem spadła do normy.

Chory zgłosił się ponownie do Zakładu Rozpozn.-Leczn po miesiącu 18.II.38, z powodu silnych bólów w lewej połowie brzucha. Silna biegunka, temperatura ok. 38. Bardzo wychudł. Krew: Hb 43, cz. c. k. 3.405.000, białych 9.500, znaczna pojkilo- i anizocytoza. OB=40. W tym czasie po raz pierwszy dał się wyczuć ponad żołądkiem twór twardy, niebolesny, nierówny. Po śniad. prób. mlecznym L=0, A=5, krew obecna, diastaza w kale 10.240 J. Wohlg.-Wassermann ujemny.

Klinicznie zatem mogliśmy rozpoznać guz żołądka o przebiegu nietypowym u osobnika 25-letniego. Próba FK wypadła ujemnie. Operacja (Saidman) wykazała rozległe zmiany nowotworowe w żołądku. Tu zatem FK nie dał rozpoznania nowotworu. Czy młody wiek?

2. Pan Man. D., lat 40, z Zamościa, 27.XII.37. Od 2-ch miesięcy silne bóle w lewym nadbrzuszu, promieniujące w górę i do grzbietu. Bardzo wychudł. Roentgen 6.IX.37 we Lwowie nic patologicznego w żołądku nie wykazał (3 miesiące temu). Roentgen 5.XII.37 (Sellig) tj. trzy tygodnie temu: lewa przepona uniesiona ku górze, żołądek odepchnięty do kręgosłupa, błona śluzowa żołądka zdeformowana, uwypuklenie od strony krzywizny większej, ucisk od zewnątrz.

We krwi w maju 1937 r. l. 16.200, w grudniu przed kilkoma dniami l. 22.700, Hb 65, cz. c. k. 4.405.000. Temperatura 37,3. Roentgen per enema stwierdza przeszkodę w zagięciu śledzionowym.

Wyczuwa się twardy lewy płat wątroby. Bóle nie dają się opanować narkotykami. Wobec powyższych danych Roentgena i gwałtownych bólów podejrzewaliśmy nowotwór na zewnątrz od żołądka w zagięciu śledzionowym, uciskający żołądek. Wysoką leukocytozę tłumaczyliśmy istnieniem ropnia podprzeponowego, może jako następstwo nowotworu.

Leukocytoza po 9 dniach dosięgła 40.200. Na naradzie z D-rem Kohanem postanowiliśmy zabieg chirurgiczny. Próba FK wypadła ujemnie. Operacja: ropień naokoło raka zagięcia śledzionowego. Znowu FK nie dał rozpoznania niewątpliwego nowotworu. Młody wiek?

3. Pani Cał., lat 52, z Warszawy, 10.II.38. Od kilku miesięcy straciła apetyt, chudnie, ciepłota podwyższona. Dawniej miewała ataki kamicy żółciowej. Obecnie wątroba twarda, niebolesna Cho-

lecystografia w szpitalu wykazała duży kamień żółc. Po pewnym czasie zjawiła się żółtaczka, pęcherzyk żółciowy powiększony, twardy, nierówny (Dr K o p e r s z t y c h). Kacheksja. Śmierć. Rozpoznanie kliniczne: rak pęcherzyka żółciowego na podłożu kamicy żółciowej. Próba FK u j e m n a.

4. Pan O p., lat 56, z Warszawy. 11.X.37. Od kilku miesięcy bóle przed jedzeniem i nocne. Wątroba twarda niebolesna. Po śniadaniu próbnym L=100, og. kw. 120 krew w zawartości żołądka i w kale, Wasserman 0. Roentgen (B r a n d) wykazał dużych rozmiarów ubytki cieniowe w żołądku. Wyczuwa się guz ponad żołądkiem po linii środkowej. Rozpoznaliśmy z kol. P ł o c k i e r e m ca ventr. Chory zmarł wkrótce bez zabiegu. FK u j e m n y.

Ta grupa D, w której wbrew niewątpliwej obecności nowotworu próba FK wypadła ujemnie, o d b i e r a d u ż ą c z ę ś ć w a r t o ś c i p r ó b i e. Czy odbiera zupełnie? Bo wszak otrzymując ujemny wynik próby FK, nie możemy obecnie z całą pewnością uspokoić chorego, że nowotworu nie ma.

Wrażenie nasze jest zatem takie, że licząc się z trzema pierwszymi grupami A, B i C, które wykazały niewątpliwą wartość próby FK i zgodnie z pracami innych autorów, d o p o r z ą d k u d z i e n n e g o n a d t ą p r ó b ą p r z e j ś ć n i e m o ż n a. Jeśli ująć to statystycznie, wypada na 36 przyp. 28 odpowiedzi trafnych, tj. 77% — pozytywnych i negatywnych.

A zatem winny być kontynuowane wysiłki celem wykrycia b ł ę d ó w bądź technicznych, bądź klinicznych, które powodują błędne wyniki tej próby.

W tym przekonaniu, że istnieją jakieś błędy, utrzymuje nas jeszcze ta okoliczność, że u kilku chorych próba FK wypadała raz dodatnio, drugi raz ujemnie.

Na podstawie naszych obserwacji nasuwają nam się następujące z a s t r z e ż e n i a:

1. T e o r e t y c z n e: co do istoty próby, że może stwierdzić jedynie dyspozycję do nowotworów złośliwych.

2. T e c h n i c z n e: co do procentowego obliczania komórek, obecnie nie ścisłego.

3. P r a k t y c z n e: co do spoistości i odczynu kału, posyłanego do badania. Ta sprawa musi być ujednostajniona, aby fermentacja i flora kiszkowa nie mogły wpływać na wyniki próby.

4. Najpraktyczniej było by, przynajmniej dla chorych na przewód pokarmowy, ustalenie diety 2—3-dniowej, poprzedzającej badanie kału. W ten sposób uniknęlibyśmy także wpływu leków, których w ciągu tych 2—3 dni choremu dawać nie byłoby wolno, i to nie tylko narkotyków, ale środków czyszczących, ściągających, węgla itp.

5. Kał odsyłany do badania musiałby być możliwie świeży, a nie nadsyłany z miejscowości dalszych. W kale należy szukać krwi, ropy i pasożytów, które również mogą wpływać na wyniki próby FK.

Proponujemy zatem nie badać kału tak, jak to obecnie się odbywa, *ex promptu*, nie licząc się z datą wypróżnienia, z konsystencją, odczynem, obecnością składników organicznych (krwi, ropy, pasożytów) i nie licząc się z poprzedzającą dietą.

Proponujemy 3-dniową dietę następującą: herbata, herbata z mlekiem, kawa z mlekiem, kleik owsiany, rosół chudy z manną i żółtkiem, rybę gotowaną, ewent. cielęcinę gotowaną, marchew przecieraną, kompot z jabłek, sok z pomarańczy, bułki.

Jest to dieta jakościowo tzw. „lekka", odpowiednia dla chorych gastrologicznych, z której są wyeliminowane pokarmy ostre: sery, mięso smażone, śledź, sardynki, alkohol, kalafior itp. pokarmy, które wpływają na trawienie jelitowe. Ilościowo nie widzimy specjalnej potrzeby szczególnie te pokarmy ograniczać lub ustalać.

A więc pierwsze śniadanie: szklanka herbaty z mlekiem ± dwie bułeczki z masłem. Drugie śniadanie: szklanka kawy mlecznej lub kleik owsiany + bułeczka, ewent. ryba gotowana. Obiad: rosół z manną + cielęcina gotowana ± marchew + bułka. Podwieczorek: szklanka herbaty ± kompot z jabłek lub pomarańcz. Kolacja: szklanka kawy mlecznej + dwie bułeczki lub klej.

Może po uwzględnieniu naszych pięciu postulatów technicznych i praktycznych uda nam się usunąć te czynniki, raczej może przypadkowe, które powodują błędne wyniki próby FK, skądinąd bardzo interesującej i zasługującej na baczną uwagę ze strony kliniki.

PIŚMIENNICTWO.

1) E. Freund i G. Kaminer: Wiener Klin. Woch. 1910, 1912, 1921, 1925 i 1930. — 2) Freund i Kaminer: Biochemische Grundlagen der Disposition für Karzinom Wien. Springer. 1925. — 3) Benda i Kretz: W. Klin. Woch. 1936. — 4) Kretz: II Międzyn. Kongres Rakowy. Bruksella, 1937. — 5) Scholl: W. Klin. Woch. 1938. — 6) Kretz: W. Klin. Woch. 1937. — 7) Płońskier i Cyterman-Konowa: W. Czas. Lek. 1937. — 8) Floksztrumpf, Ławkowicz i Stein: W. Czas. Lek. 1938.

Nowy zgłębnik żołądkowo - dwunastniczy o zakończeniu obrotowym.

Podał
M. A. BEKART (Paryż).

Od czasu odkrycia Einhorna używanie zgłębnika żołądkowo-dwunastniczego stało się klasycznym.

Usługi, jakie może oddać, są tak wielkie, że powinien wejść do arsenału dyagnostycznego lekarza-praktyka. Nie znaczy to, że lekarz-praktyk winien wykonywać osobiście wszystkie badania i stosować odpowiednie zabiegi. To jest zakres specjalisty. Ale już makroskopoe badanie zawartości żołądkowej daje dużo danych. Przypomnijmy sobie, że rak żołądka, najczęstszy ze wszystkich raków, może być w większości przypadków rozpoznany na zasadzie zwykłego oglądania, na zasadzie zapachu cieczy, wydobytej z żołądka naczczo,(ciecz lepka, kawowa, o zapachu gnilnym). Każdy osobnik po czterdziestce, skarżący się na nieokreślone, ale uporczywe zaburzenia trawienne, winien budzić podejrzenie co do raka.

Jestem przekonany, że systematyczne stosowanie zgłębnika zmniejszyłoby znacznie ilość nie nadających się do operacji przypadków, — co byłoby nagrodą dla lekarza-praktyka za trud, jaki sobie zadał.

Co się tyczy dyagnostyki, to przypomnę tutaj próbę Melcer Lyon'a, która dała początek nowej terapii, gdyż zgłębnikowanie dwunastnicy jest w niemniejszym ,jeśli nie w większym stopniu, czynnikiem leczniczym, niż rozpoznawczym.

Miejsce, do którego przenika zgłębnik, stanowi przecież tak ważny odcinek trawienny: ujście ampulli Vatera, dokąd uchodzi żółć i sok trzustkowy i gdzie zaczyna się jelito cienkie. W ten sposób, zmieniając tylko rozczyny, możemy dowolnie drenować pę-

cherzyk żółciowy i trzustkę, lub też drogą najbardziej naturalną, zstępną, przemywać cały przewód pokarmowy. Możemy nawet, w zależności od użytego rozczynu, spowodować wydalenie płynu przez nerki osiągając przez to fizjologiczne ich przemycie.

Tak więc ostre lub przewlekłe zapalenia pęcherzyka żółciowego nadają się do drenażu dróg żółciowych. Nawet chorych, którzy na pierwszy rzut oka, zdawałoby się, winni poddać się zabiegowi chirurgicznemu, należy zgłębnikować przed i po operacji dla uzupełniena zabiegu i celem uniknięcia późniejszych schorzeń dróg żółciowych, psujących wyniki operacyjne.

Zastój w jelitach jest, moim zdaniem, najpoważniejszym wskazaniem do przemywania całego przewodu pokarmowego, które możemy uskutecznić, wprowadzając do jelit rozczyn, dostosowany do każdego poszczególnego przypadku. Zwracam tu uwagę na moją metodę miejscowego stosowania szczepionek i drenażu jelit (Enterovaccinoclyse), którą Panom zreferowałem (ob. Soc. de Med. de Paris 10 maj 1929) i która daje mi doskonałe wyniki.

Wreszcie udawało mi się często usuwać za pomocą zgłębnika niepożądanych gości: tasiemce, na wszelkie leczenie doustne odporne.

Częste stosowanie zgłębnika nasunęło mi pomysł nowego modelu, jaki Panom pragnę zademonstrować.

Wszyscy, stosujący zgłębnikowanie często stwierdzają trudności, jaką dla niektórych pacjentów przedstawia połknięcie oliwki Istotnie, o ile niektórzy łykają ją z łatwością, inni, pomimo wszelkich starań, nie mogą tego dokonać. Ponadto przekroczenie odźwiernika trwa nieraz b. długo, bo godzinę do dwuch.

Badania nasze wykazały:

1. Że bezpośrednie ręczne wprowadzenie zgłębnika z mandrynem, jest dziecinnie łatwe i minimalnie przykre dla chorego.

2. Że przejście przez odźwiernik ogromnie ułatwimy, jeśli przeszkodzimy temu, aby zgłębnik skręcał się lub zwijał w żołądku.

W tym celu skonstruowaliśmy następujący zgłębnik:

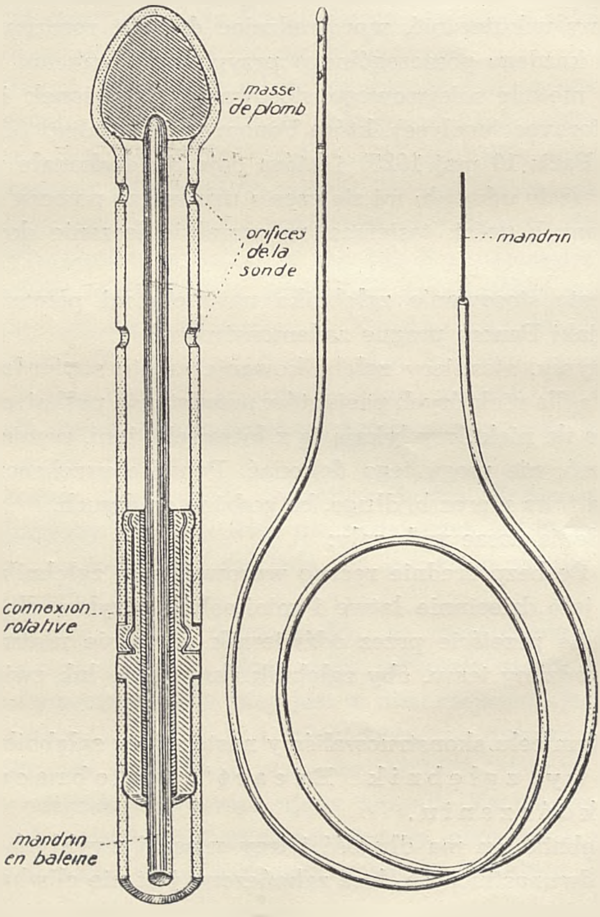
Nowy zgłębnik Becart'a o obracającym się zakończeniu.

Zgłębnik ten ma długość i trzy znaczki zwykłych sond żołądkowo-dwunastniczych, lecz zakończony jest nie oliwką, ale tak,

jak sonda R y l 'a, której koniec, (całkowicie pokryty gumą) zaopatrzony jest w mały kawałek ołowiu w kształcie głowy żmii, ponad którym przebito 6 otworów względnie dużych, ułożonych skośnie.

Zasadniczą nowością, którą ten zgłębnik odróżnia się od innych, jest znajdujący się w odległości 6 cm od dystalnego końca metalowy łącznik obrotowy, umożliwiający zwijanie się zgłębnika z zachowaniem jego drożności, a wykluczający zaginanie się lub tworzenie się w żołądku pętli.

Wreszcie zaopatrzony jest on wewnątrz w giętki przewodnik fiszbinowy, służący jako mandryn i umożliwiający wprowadzenie ręczne.



Technika.

Należy koniecznie wstrzyknąć do zgłębnika 1 cm^3. gliceryny przed wprowadzeniem mandryna, a to w tym celu, aby mandryn dobrze się ślizgał i nie zahaczał się przy wyciąganiu go.

Chory siedzi przed lekarzem, który trzyma w prawej ręce zgłębnik w odległości 15 cm. od końca. Lewą przytrzymuje jednocześnie zgłębnik wraz z mandrynem, aby w czasie wprowadzenia mandryn się nie wyślizgnął. Choremu każe się otworzyć usta, wysunąć język i dobrze oddychać nosem. Wówczas wprowadza się bezpośrednio zgłębnik ruchem powolnym i nieprzerwanym. Po osiągnięciu znaczka 2 wyciąga się mandryn prawą ręką, przytrzymując zgłębnik lewą.

Opróżnia się żołądek z jego zawartości, kładzie się chorego na prawym boku, przy czym kolana winny być zgięte i podkurczone i każe mu się powoli i stopniowo (po 1 cm. na minutę) łykać zgłębnik. Zasadniczo w 10 do 15 minut po opróżnieniu żołądka oliwka jest w dwunastnicy.

Przejście zgłębnika przez odźwiernik stwierdzamy w zwykły sposób.

Właściwości zgłębnika:

1) Zastosowanie obracającego się łącznika dla uniknięcia zwijania się zgłębnika i tworzenia się pętli w żołądku.
2) Nadzwyczajna łatwość wprowadzenia dzięki giętkiemu mandrynowi z fiszbinu.
3) Brak metalowej oliwki; główka całkowicie pokryta gumą o minimalnej średnicy, co ma specjalne znaczenie przy spazmatycznie skurczonych, czy zwężonych odźwiernikach; jej kształt podobny do główki żmii, specjalnie obliczony ciężar — wszystko to sprawia, iż gra ona, zaraz po przejściu do dwunastnicy, rolę kotwicy zabezpiecza przed ewent. wyślizgnięciem się zagłębnika.
4) Obecność 6-u względnie szerokich otworów umożliwia znaczny dopływ żółci, stawiając równocześnie opór przechodzeniu stałych, zbyt dużych cząsteczek, mogących zatkać zagłębnik.
5) Mała średnica, pozwalająca choremu łatwo znosić zagłębnik w ciągu szeregu godzin.

Protokuły posiedzeń Polskiego Tow. Gastrologicznego,

Posiedzenie naukowe w dniu 30 listopada 1938 r. poświęcone było (w związku z Tygodniem Przeciwrakowym) całkowicie zagadnieniom raka. Przewodniczący Dr Wejnert wygłosił słowo wstępne po czym nastąpiły pokazy rentgeniczne raka przełyku (Doktorzy Mesz i Lewinsohn). Odczyty wygłosili Docent I. Rutkowski: Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Dr M. Flokstrumpf: Leczenie radem nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, Dr. F. Niewiadomski: W sprawie raka żołądka. (Wydrukowane in extenso w Nr 3—4, 1938 r. Gastrol. Pol.).

Posiedzenie dnia 21.XII.1938 r.

Obecnych 42. Przewodniczący Wejnert.

M. Masiukiewicz i J. Kryński demonstrują przypadek atypowego ułożenia wyrostka.

M. Olicki przedstawia chorego z zapaleniem wyrostka robaczkowego z wysiękiem lewostronnym (situs viscerum inversus).

Pacjent, lat 18, zgłosił się do szpitala z powodu bólów w lewym podbrzuszu oraz dużego oporu w tejże okolicy. Chory miał dolegliwości od tygodnia; ciepłota ciała była podwyższona. Przy badaniu stwierdzono: rozlane uderzenie koniuszkowe serca w V międzyżebrzu, po stronie prawej; w lewym podżebrzu — stłumienie, odpowiadające wątrobie. Po stronie prawej stłumienie od IX żebra w dół — odpowiadające śledzionie. W lewym podbrzuszu — wyczuwalny był opór i stwierdzono twór wielkości pomarańczy dość dobrze odgraniczony od otoczenia, słabo ruchomy. Pacjentowi zastosowano lód na brzuch i wstrzykiwania mleka. Po kilku dniach naciek wessał się. Prześwietlenie klatki piersio-

wej oraz przewodu pokarmowego wykazało situs viscerum inversus completus.

Pacjenta wypisano ze szpitala na 11-ty dzień z rozpoznaniem: Appendicitis exsudativa z zaleceniem zgłoszenia się po 2-ch miesiącach celem dokonania zabiegu operacyjnego.

W dyskusji Płońskier podaje, iż w materiale sekcyjnym spostrzegał całkowite przemieszczenie narządu mniej więcej w 1‰ przypadków. W przypadkach rozpoznawanych przyżyciowo jako „dextrocardia congenita" przemieszczenie serca było niejednokrotnie spowodowane procesami patologicznymi w otoczeniu.

Zdaniem Wejnerta, przemieszczenie całkowite jest objawem bardzo rzadkim. W ciągu 32 lat praktyki spostrzegał je tylko 3 razy. Czasami obserwuje się je u osób pochodzących z bliźniaków.

W. Róbin. obserwował pacjentkę ze skargami na typowe napady bólowe „żółciowe" czy „nerkowe", u której przy badaniu brzucha stwierdził w lewym podżebrzu ciało miękkie, bolesne na ucisk. Dopiero badanie serca rozstrzygnęło sprawę. Serce znajdowało się po stronie prawej, a twór w lewym podżebrzu był powiększoną wątrobą, co potwierdziło badanie rentgenowskie.

W. Róbin i S. Jedwab — odczyt pod tyt.: O wartości kliniczno-rozpoznawczej próby Freund-Kaminerówny w raku.

W dyskusji Fejgin zwraca uwagę na zasługę prelegentów, że wprowadzili próbę Fr.-Kam. z pracowni teoretycznych do kliniki.

Z punktu widzenia praktyczno-klinicznego byłoby ważne zanalizowanie wyników tej próby, kiedy wypada ona dodatnio w przypadkach nierakowych, a mianowicie jaką wartość posiada ta próba w wykrywaniu stanów przedrakowych i wczesnych okresów raka. W tym względzie jeszcze za mało czasu upłynęło, aby można było należycie ocenić wartość próby w przypadkach, w których wypadła ona dodatnio, gdyż nie wiadomo, jaki będzie los tych chorych w ciągu następnych lat. Drugie zagadnienie, które się nasuwa, polega na tym, czy % błędów rozpoznawczych w przypadkach nowotworów przy użyciu wszystkich współczesnych metod badawczych jest o wiele większy bez tej próby, aniżeli przy zastosowaniu jej.

Według Wejnerta, próba F.-K. znajduje się jeszcze w okresie badań. Długi szereg pytań rzuconych przez autorów czeka na rozwiązanie. Najważniejszym pytaniem jest, czy próba ta zmniejsza ilość naszych pomyłek rozpoznawczych i w jakim stopniu.

Głos w dyskusji zabierali jeszcze Reznikow, Płońskier i Róbin.

J. Nusbaum demonstruje przypadek wrzodu żołądka z objawami klinicznymi raka.

Przypadek dotyczy osoby 47-letniej, która od 3-ch lat miewa niecharakterystyczne i niestałe bóle w dołku, przeważnie po jedzeniu. W połowie sierpnia r. ub. bóle w dołku bardzo nasiliły się, wystąpiły uporczywe biegunki, kt. trwały przez 3—4 tygodnie. Pacjentka zgłosiła się w październiku, skarżąc się na bardzo przykre, cuchnące odbijanie, utratę łaknienia i wstręt do jadła, głównie z powodu odbijań o zapachu zgnilizny („trupim"). Bóle w dołku mają charakter stały; ostatnio schudła. Przy badaniu stwierdziłem stan odżywienia zły, skóra i śluzówki — blade; język — wilgotny, pokryty brunatnym nalotem; w uzębieniu — duże braki. Brzuch miękki, niewzdęty; w nadbrzuszu, w linii środkowej wyczuwa się rozlany opór o granicach zatartych, bolesny przy obmacywaniu i mało rzekomy.

Badanie treści żołądkowej dało wynik następujący:

Naczczo wydobyto 20 cm^3 płynnej treści z domieszką śluzu L—O A—10, próba benzydynowa — dodatnia; mikroskopowo: śluz, leukocyty, nieliczne ziarna skrobi, komórki nabłonkowe.

Po śniad. próbnym 50 cm^3 źle strawionej papki L—O, A—20. Próba na kwas mlekowy dała wynik dodatni; na krew również dodatni. Pod drobnowidzem: skrobia, śluz, krwinki nabłonkowe, nieco leukocytów, detritus..

Bad. rentgenowskie przewodu pokarmowego. Środkowa część żołądka rozszerzona, zawiera naczczo sporo płynnej treści. Duży okrężny ubytek w części odźwiernikowej, zamieniający ją na wąski kanał o nieregularnych, sztywnych ściankach, przez który treść kontrastująca przechodzi bardzo wolno, przy wzmożonym ruchu robaczkowym w części środkowej żołądka. Dwunastnica — bez uchwytnych zmian. Po 6 i 12 godzi-

nach wyraźna zaległość w żołądku. Wynik badania Ca antri ventriculi.

Badanie krwi Hg 77% Erytrocytu 4.150.000
Leukocytu 6.700

E.	B.	M.	Mt.	S.	Pał.	Z.	M.
1	—	—	—	68	26	5.	

Odczyn WR — ujemny
citocholowy — 0.

Badanie kału na krwawienie utajone dało wynik wyraźnie dodatni.

Badanie moczu — składników patologicznych nie wykryło.

Z rozpoznaniem Ca ventriculi chorą skierowałem do szpitala w celu wykonania zabiegu chirurgicznego.

Wykonano resekcję żołądka i odesłano preparat do Zakładu Anatomii Patologicznej, gdzie w mikroskopowych skrawkach rozpoznano owrzodzenie żołądka oraz przewlekły stan zapalny.

Przypadek demonstrowany jest z tego względu, iż objawy, z jakim pacjentka się zgłosiła (wstręt do jadła, gnilne odbijania mimo braku dużego zalegania) oraz wynik badań laboratoryjnych (achylia, obecność kwasu mlekowego) oraz prześwietlenie rentgenowskie wskazywały na istnienie nowotworu żołądka; tego samego zdania zresztą był chirurg podczas wykonywania zabiegu, natomiast badanie anatomopatologiczne w skrawkach wykryło istnienie wrzodu modzelowatego wraz z przewlekłym stanem zapalnym.

Posiedzenie dn. 19 stycznia 1939 r.

Odbyło się pod przewodnictwem P. Goldsteina.

Całe posiedzenie wypełniły pokazy:

R. Wysocki. 2 przypadki ostrych wrzodów dwunastnicy w przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby (pokaz preparatów).

F. Lipskierówna. Z kazuistyki torbieli trzustki (pokaz preparatów).

M. Płońskier. Z kazuistyki przedziurawień woreczka żółciowego (pokaz preparatów).

J. Nusbaum. Przypadek wrzodu żołądka z objawami klinicznymi raka.

M. Fejgin i W. Róbin. Przypadek trudny pod względem rozpoznawczym.

Wiadomości różne.

Redaktor naszego Pisma Dr Med. Bronisław Wejnert został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi za pracę zawodową.

Zarząd Pol. Tow. Gastrol. postanowił zorganizować serię odczytów z dziedziny Balneologii. Na razie odbędą się odczyty o Morszynie i Truskawcu.

Podczas trwania Międzynarodowego Tygodnia Przeciwrakowego w Polsce, wygłoszono w Warszawie 6 odczytów poświęconych sprawie raka przewodu pokarmowego.

Ukazał się podręcznik Dietetyka w chirurgii wraz ze sposobami przyrządzenia potraw D-ra med. Alfreda Galewskiego. Cena zł 3.50. Ekspedycja następuje po wpłaceniu należności na konto P. K. O. Nr 25541, lub za pobraniem pocztowym.

Zamówienia kierować należy do autora A. Galewski Warszawa, Tłomackie Nr 6/8 m. 10.

Redakcja otrzymała:

Revue Belge des Sciences Médicales T. XI, Nr 1. Archiw biolog. nauk. T. XLVIII, Nr 1—2. T. LII, Nr 1—2—3 i T. LI, Nr 3 zeszyt spec.

GASTRAL KLAWE

Przetwór koloidalny, zawierający połączenie białej glinki i tlenku wapnia

Zobojętnia nadmiar kwasu żołądkowego.
Ogranicza wydzielanie kwasu żołądkowego.
Chroni śluzówkę żołądka od nadżerek.
Wpływa kojąco na gruczoły wydzielnicze.

Tabl. po 1,0
proszek do receptury.

PANCREAS KLAWE

Produkty wydzielania zewnętrznego trzustki, standaryzowane biologicznie w kierunku oznaczenia zaczynów: amylolitycznego, proteolitycznego i lipolitycznego.

Tabletki.
Proszek do receptury.

OPOHEMOGEN KLAWE

Surowica hemopoetyczna otrzymana w okresie najwyższej regeneracji krwi po poprzednich upustach. Biologicznie czynne żelazo. Mangan.

NIEDOKRWISTOŚĆ WSZELKIEGO POCHODZENIA
BLEDNICA
WYNISZCZENIE PO CHOROBACH.

Od 3 łyżeczek do 3—4 łyżek dziennie.

Two Przem. Chem.-Farm. d. Magister KLAWE, S. A.
Warszawa, Karolkowa 22/24.